



## DEPENDENCIA DE LOS ADULTOS MAYORES EN CHILE

*Departamento de Estudios y Desarrollo-Superintendencia de Salud  
Departamento de Economía de la Salud- MINSAL  
División de Planificación Regional de MIDEPLAN      Marzo 2008*

El estudio desarrolla un marco conceptual de la vejez y el envejecimiento para entender el fenómeno de la dependencia de los adultos mayores, como una de las problemáticas sociales prioritarias en países con un envejecimiento poblacional acelerado, como es el caso de Chile. Se analiza la Encuesta de Protección Social 2004 con el fin de dimensionar la magnitud y severidad de la dependencia en los adultos mayores y obtener además, una caracterización socioeconómica de los individuos que la padecen. De esta manera, se espera contribuir a la discusión de políticas públicas tendientes a resolver esta problemática.

### I. Introducción

*La vejez no será sino lo que quiera que sea la sociedad que la crea (Pérez Ortiz, 1997)*

En Chile, la efectividad de las políticas sociales implementadas desde la segunda mitad del siglo XX y los cambios demográficos, sociales, económicos y culturales experimentados en las últimas tres décadas, han determinado un escenario social y cultural tal, que en nuestro país al comenzar el siglo XXI, el fenómeno del envejecimiento, está cobrando una mayor relevancia, debido principalmente al aumento de la expectativa de vida en la población.

En este periodo, Chile ha experimentado un proceso de envejecimiento demográfico acelerado y sin precedentes históricos. En el Censo de 2002, las personas mayores de 60 años representaron el 11% de la población total del país. Según proyecciones del INE-CEPAL, en los próximos 20 años se estima una tasa de crecimiento de 3,7% anual para este grupo etáreo, proyectándose para el año 2025 una población de 3.825.000 adultos mayores, los que representarán el 20% de la población del país (INE, 2002). Además, la expectativa de vida de los adultos mayores a los 60 años ha aumentado a 20 años para los hombres y 24 años para las mujeres en el periodo 2000-2005 (INE, 2004).

La mayor longevidad de la población, implica no sólo una mayor prevalencia de enfermedades crónicas y degenerativas sino que implica también, una mayor prevalencia de discapacidad y limitaciones funcionales y cognitivas que afectan la independencia en el diario vivir de los adultos mayores.

En el año 2004, la Encuesta de Protección Social realizada por el Ministerio del Trabajo y Previsión Social, indagó acerca del grado de dependencia de los trabajadores chilenos. Cifras de esta Encuesta demuestran que, los adultos mayores presentan una tasa global de dependencia de 21,4 %. En las mujeres mayores de 60 años esta tasa alcanzó un 27% y en los hombres un 17%. Por otra parte, ese mismo año, el FONADIS estimó una tasa de prevalencia de 12,9%<sup>1</sup> de discapacidad en la población general. Del total de discapacitados del país, los adultos mayores representan el 45%. Del total de adultos mayores encuestados por FONADIS, el 39% presentó algún grado de discapacidad; el 17,3% presentó una discapacidad leve, el 11,1% una discapacidad moderada y el 10,7% una discapacidad severa. El 61% de los adultos mayores discapacitados son mujeres.

A los países desarrollados les tomó 50 o 100 años duplicar la proporción de su población mayor de 65 años de 7% a 14%. Según estimaciones de la Oficina del Censo de EEUU (2001) éste fenómeno sólo le tomará 25 años a Chile y se inició el año 2000, por tanto y considerando las tendencias de la demanda por asistencia social y sanitaria de los adultos mayores, es fácil deducir que en un mediano plazo y de no mediar la implementación de políticas sociales que promuevan la autonomía y mejoren el estado de salud y funcionalidad de los adultos mayores, el país y básicamente el Estado, deberá hacer frente a un mayor gasto social derivado del fenómeno del envejecimiento de la población.

Los países desarrollados han afrontado el problema del envejecimiento de la población y específicamente el problema de la atención de las personas en situación de dependencia, implementado sistemas que potencian servicios comunitarios que proveen actividades de cuidados personales. Tradicionalmente, estos cuidados fueron otorgados informalmente por la familia, sin embargo, y dado los cambios en la estructura y vida familiar, estos cuidados -intensivos en mano de obra- han sido sistematizados en los llamados "cuidados de largo plazo" los cuales bajo distintas modalidades de servicios y financiamiento, son crecientemente responsabilidad del Estado.

Conocer el alcance de la dependencia, el número de personas que precisan algún tipo de ayuda para mantener cierta autonomía en el hogar y en su medio, es de gran interés por su impacto en los programas de protección social. Sirve para delimitar mejor lo que es problema de salud y problema social; permite poner el énfasis en los aspectos sociales; útil para extender el conocimiento del problema; sirve para conocer el estado general de la población y la demanda potencial de ayuda y contribuye a la formación de la agenda política del país.

El objetivo de este estudio es contribuir al desarrollo de un marco conceptual que permita investigar la situación de la dependencia en el Adulto Mayor en nuestro país, enfatizando las diferencias conceptuales entre distintas entidades asociadas al menoscabo de las capacidades que sufren las personas mayores. Una de las primeras tareas es definir el concepto base que permita acercarnos de la manera más adecuada a la realidad de la dependencia de las personas mayores en Chile, es decir, contar con un concepto global y los instrumentos de medición que nos permitan conocer gradualmente, el fenómeno en toda su complejidad.

---

<sup>1</sup> FONADIS. Primer Estudio de la Discapacidad en Chile.2005  
Departamento de Estudios y Desarrollo SIS, P. Olivares-Tirado. Departamento de Economía de la Salud  
MINSAL, C. Ibáñez. División Planificación Regional de MIDEPLAN, M España, V Miranda, M Gillmore  
Documento de Trabajo

## II. Marco Conceptual

### A. Edad, vejez y envejecimiento<sup>2</sup>

Edad avanzada y vejez no significan necesariamente lo mismo. La edad cronológica no admite ambigüedades: una persona, quiera o no, cumple años cada 365 días. Sin embargo, no sucede lo mismo con la “condición” de vejez, cuyo significado ha variado y probablemente seguirá transformándose en el tiempo, pues varía en un mismo momento histórico de una cultura a otra, de una región a otra, de un país a otro.

Según Arber y Ginn (1996) cualquier definición aceptable de vejez debe al menos distinguir entre los distintos significados de edad y sus interrelaciones. Estas autoras, identifican tres distintos significados de la edad: la edad cronológica, la edad social y la edad fisiológica y establecen la forma en que estos diferentes significados se interrelacionan en un contexto social y cultural determinado, y ponen especial énfasis en cómo se desarrolla la conexión entre edad y relaciones de género.

La **edad cronológica** es esencialmente biológica y se refiere específicamente al calendario, es decir, al número de años que una persona ha cumplido, lo que significa para el individuo una serie de cambios en su posición dentro de la sociedad, ya que muchas de las normas que definen las responsabilidades y privilegios de un sujeto dependen de su edad cronológica, algunas de ellas explícitas en la legislación, como la edad de votar, la edad mínima para casarse, la edad en que es posible procesar jurídicamente a una persona, la edad de jubilar, la edad para postular a beneficios estatales, etc.

La **edad social** se construye socialmente y se refiere a las actitudes y conductas adecuadas, a las percepciones subjetivas (cuán mayor el sujeto se siente) y a la edad atribuida (la edad que los otros atribuyen al sujeto). Para las citadas autoras, el envejecimiento social está relacionado con las transiciones que se producen en el curso vital, pero como el momento y sucesión de tales sucesiones difieren según se trate de mujeres u hombres, el envejecimiento social estaría claramente marcado por el género.

La **edad fisiológica** es la que se refiere al proceso de envejecimiento fisiológico, el que se relaciona con la capacidad funcional y con la gradual reducción de la densidad ósea, del tono muscular y de la fuerza y de la función cerebral. Entre estas modificaciones destacan; cambios o disminución en las capacidades sensoriales y motrices que suponen dificultades y modificaciones en la percepción del mundo, de sí mismos y de los demás, afectando la interpretación de la realidad, el comportamiento y una disminución de la autonomía funcional. En relación a los cambios en la memoria, el aprendizaje y la cognición son funciones que, se verán determinadas por los cambios en la función cerebral.

Aunque la velocidad y la distribución temporal de estos cambios fisiológicos varían según la posición de los sujetos en la estructura social –en especial la relativa al género y la clase social (Arber y Ginn, 1993) – es innegable que durante la vejez se producen muchos cambios específicos de la esfera biofisiológica.

---

<sup>2</sup> Extraído de: Aranibar P. Acercamiento conceptual a la situación del adulto mayor en América Latina Serie población y Desarrollo CEPAL/CELADE N° 21 Diciembre 2001. Departamento de Estudios y Desarrollo SIS, P. Olivares-Tirado. Departamento de Economía de la Salud MINSAL, C. Ibáñez. División Planificación Regional de MIDEPLAN, M España, V Miranda, M Gillmore Documento de Trabajo

Por otra parte, no existe un paradigma único que de cuenta del significado preciso de la vejez. Existe más bien, un conjunto heterogéneo de aportes teóricos emanados de distintas disciplinas científicas y sociales, relevantes y orientadores, pero que configuran un panorama general algo confuso. Esta confusión se ha debido, a que el interés por el tema del envejecimiento y la vejez, ha surgido más bien como una reacción a los conflictos derivados de la creciente presencia de personas mayores más que a entenderlo desde su naturaleza, su magnitud y complejidad del fenómeno.

Sin embargo, el aporte de las diversas disciplinas a la comprensión del fenómeno de la vejez y el envejecimiento ha generado una gran cantidad de conocimiento acumulado y, de acuerdo con Pérez Ortiz; ello está muy lejos de ser una desventaja y más bien es un interesante desafío, ya que cada uno de estos enfoques debe ser integrados –o al menos tomados en cuenta– al buscar una conceptualización integral de la vejez.

Lourdes Pérez Ortiz<sup>3</sup>, plantea un interesante principio ordenador que distingue dos grandes dimensiones para reflejar la existencia material y conceptual de la vejez como un fenómeno social: *la edad* y *la estructura o sistema social*, las que lejos de excluirse, representan dos caras de la misma moneda. Por un lado, la edad es entendida como la gran variable estratificadora u ordenadora que permite comprender la vejez y, por el otro, la sociedad y sus reglas imponen pautas de comportamiento y de conducta *creando* la vejez. Dicho de otra manera, “*existiría el concepto de edad [y por lo tanto de vejez] porque la estructura social lo desea*”. Como estas dos fuentes actúan simultáneamente, la edad existe en una determinada sociedad y la sociedad se articula en función de las edades. Es decir, “*edad y sociedad se contienen una a la otra delimitando el terreno donde surge con propiedad el fenómeno social de la vejez*” (Pérez Ortiz, 1997. p. 21)

Esta autora plantea que, si bien la mayoría de los estudiosos mezclan ambas dimensiones - edad y vejez- , es posible clasificar los diferentes aportes teóricos al tema de la vejez y el envejecimiento según la prioridad que cada uno le otorga a una dimensión respecto de la otra.

De esta manera, es posible analizar las perspectivas que tienen en común el utilizar el recurso de la **edad** como criterio orientador; una muy relevante es la argumentación que busca en la historia y el pasado las claves para entender el sentido actual del envejecimiento (fundamentalmente **la teoría de la modernización**). Otra perspectiva es aquella que incorpora la noción de **generaciones o cohortes** a la reflexión. Finalmente, está la visión que hace referencia al **ciclo de vida**.

### **Teoría de la modernización:**

Dentro de las perspectivas que utilizan como punto de partida el criterio de la edad, la argumentación de la teoría de la modernización, busca en el pasado las claves para explicar el sentido actual del envejecimiento. Sus postulados pueden resumirse en la “existencia de factores que acompañan al proceso de modernización, como el aumento de la proporción de población de adultos mayores sobre el total, el cambio en el tipo de conocimiento dominante, la extensión de la educación, la sustitución del modelo de familia

<sup>3</sup> Pérez Ortiz, Lourdes (1997), Las necesidades de las personas mayores. Vejez, economía y sociedad. INSERSO. Madrid, España

extensa por el modelo nuclear en *virtud al proceso de urbanización, etc., producen un efecto combinado cuyo resultado es la disminución de la valoración social de la vejez ...*"

Muchos autores describen este proceso, pero fue Cowgill<sup>4</sup> quien elaboró un modelo que enlaza el grado de modernización de una sociedad con la valoración de los ancianos. La conclusión es que, a medida que aumenta el grado de modernización de las sociedades, disminuye la valoración social de la vejez.

No son pocas las debilidades de la teoría de la modernización, pero las principales se dirigen al "*intento de homogeneizar a los ancianos, en la medida que intenta ser una teoría general que explica la conducta de los viejos y de la sociedad hacia ellos*", sin tener en cuenta, por ejemplo, la diversidad existente entre distintas realidades culturales.

Algunos estudios empíricos pusieron de manifiesto cómo esta teoría identifica la modernización con la occidentalización, argumentando que sus principios no serían aplicables a culturas orientales, como la japonesa, que si bien ha alcanzado un alto grado de modernización y desarrollo, mantiene pautas sociales que privilegian a los adultos mayores. Para Pérez Ortiz, estos argumentos no son muy sólidos ni la situación de los ancianos japoneses es tan privilegiada; sin embargo, cumple con llamar la atención sobre la identificación de modernización con occidentalización que subyace en el modelo propuesto por Cowgill, dejando al descubierto lo que quizá sea el punto más frágil de esta teoría: su simplicidad. En suma, esta teoría puso sobre el tapete de la discusión la importancia de la familia y el trabajo en la conformación social de la vejez, al concederles en su modelo un papel importante como variables definitorias de la valoración de los ancianos. Por sobre todo, esta corriente de pensamiento dejó de manifiesto la variabilidad temporal del concepto de vejez, mientras que dio lugar a nuevos aportes que recogieron esta visión más dinámica.

### **Teoría generacional:**

Esta teoría, toma los instrumentos demográficos de *cohorte y generación*, para utilizarlos como herramienta clave en el tratamiento de la vejez desde un punto de vista sociológico. Su hipótesis de partida es que "*a medida que cumplen años, los individuos cambian social, psicológica y biológicamente, cambian roles y acumulan conocimiento, actitudes y experiencias. A medida que van naciendo sucesivas cohortes<sup>5</sup>, ellas van envejeciendo en diferentes tiempos y responden a experiencias históricas únicas hasta que desaparecen*".

El llamado *efecto cohorte* o *efecto generacional* alude a dos ideas básicas. Primero, que personas nacidas en distintos momentos del tiempo viven y experimentan acontecimientos diferentes (por efecto de la historia o el cambio social); en segundo lugar,

---

<sup>4</sup>. Donald O. Cowgill, Lowell D. Holmes Aging and Modernization. *The American Journal of Sociology*, Vol. 79, No. 3 (Nov.,1973)

<sup>5</sup> La cohorte de nacimiento o generacional (personas nacidas aproximadamente al mismo tiempo) permite llevar a cabo una doble referencia. Primero, aludir al grupo de individuos que envejecen en etapas históricas específicas o particulares y luego hacer referencia a los individuos que son miembros de cohortes sucesivas y ocupan roles y *status* diferentes en función a la edad y en períodos de tiempo secuenciales.

las vivencias se estructuran en función del tiempo, de manera que un mismo acontecimiento, experimentado a diversas edades, traerá también diversos efectos. De esta última idea se desprende un aporte de gran trascendencia que da sentido al concepto de generación: *distintos individuos, que en un mismo momento del tiempo están expuestos a los mismos hechos históricos y sociales, los experimentan de formas diferentes en función a la edad*' (Pérez Ortiz, 1997, p. 37).

Aunque el fenómeno generacional y la pertenencia a una generación se basan en realidades puramente biológicas (haber nacido un año específico), Pérez Ortiz declara (basada en la conceptualización de Mannheim) que, desde la perspectiva generacional, el dato biológico carece de importancia por sí mismo, y sólo cobra relevancia cuando se encadena a una serie de conceptos que progresivamente configuran el "*fenómeno social de la comunidad de pertenencia a una generación*", donde se verá que cada etapa del concepto de generación hace referencia a un grado más alto de vinculación entre los individuos.

En el primer eslabón estaría el *dato biológico* (el año de nacimiento), el que no tendría importancia; luego estaría *la posición generacional*, que añade al dato biológico la necesidad de que los individuos compartan un mismo entorno sociohistórico (o "*conjunto de oportunidades y restricciones que pesan sobre la posición individual, y que pueden ser soportadas o padecidas de forma pasiva, o ser utilizado de forma activa por los individuos*"). El tercer eslabón en la definición del concepto de generación es la *conexión generacional*, que alude a una vinculación concreta de los individuos (la concreción fáctica de la potencialidad inherente a la posición generacional). Finalmente, el último eslabón en el concepto está en las *unidades generacionales*.

Para que una *conexión generacional* (generación "en sí") se constituya en una *unidad generacional* (o generación "para sí") es necesario que actúen factores externos de suficiente importancia colectiva como para fusionar las experiencias individuales en una unidad superior; esos factores históricos externos constituirían a una generación "en sí" en una generación "para sí", en una *unidad generacional* que responde de manera similar a las diversas circunstancias en que pueda encontrarse. Por ello, dentro de una misma generación es posible la existencia de varias unidades generacionales, incluso antagónicas.

Esta mirada se interesa en las generaciones en cuanto "continentes del cambio social" (al contrario de Mannheim, cuyo interés se centraba en las generaciones como "agentes de cambio social"), ya que desde esta perspectiva es posible dirigirse hacia "*la forma cómo la Historia moldea a los individuos de diferente manera en función a su año de nacimiento, sometiéndolos a la influencia de distintos acontecimientos, ofreciéndoles determinadas combinaciones de recursos para desarrollar sus vidas y dotándolos incluso de una forma propia y única de entender e interpretar la realidad y, además hacia las razones que hacen que los efectos de ese acontecer histórico, de una situación social cambiante, sean diferentes en función del momento existencial, de la edad, de los individuos*".

En el mundo moderno, el criterio generacional indica la existencia de una permanente lucha o relación de conflicto potencial entre generaciones, que en la actualidad tiende a resolverse a favor de los más jóvenes y en detrimento de las generaciones más viejas, que se ven relegadas a los últimos puestos sociales.

Sin embargo, siguiendo la lógica analítica de este enfoque, el proceso de envejecimiento no es inmutable ni está fijo, sino que varía a lo largo y dentro de cada cohorte a medida que la sociedad cambia, la sociedad establece los límites cronológicos que separan los grupos de edad y que establece valoraciones positivas y negativas por razón de pertenencia a estos grupos, por lo tanto es un error (frecuente en la gerontología) pensar que quienes hoy son jóvenes experimentarán la vejez de la misma forma en que la experimentan los actuales viejos, ya que será otra la sociedad que dicte pautas, norme y valore la vejez. Lo interesante sería establecer diferencias entre las distintas cohortes a medida que pasa el tiempo y a medida que evoluciona la sociedad. Sin duda, ello develaría una estrecha relación entre estructura social y envejecimiento, ya que “*por un lado, los cambios en las estructuras sociales alteran el proceso de envejecimiento individual y, por otro, cambios en el proceso de envejecimiento producen cambios estructurales*”.

De esta mirada surge el problema que algunos autores han llamado *desfase estructural*, que considera que el proceso de envejecimiento va, en muchos aspectos, por delante de los cambios estructurales. Esta es una perspectiva privilegiada para explicar la vejez como fenómeno y como problema social (Pérez Ortiz. 1997, p. 95)

### **Teoría del ciclo de vida:**

Una tercera perspectiva que utiliza a la edad como criterio ordenador es la del *ciclo de vida*, que se liga estrechamente a la lógica de cohortes y nos acerca a la noción de que la situación y la posición social experimentada en la vejez están determinadas por los acontecimientos, decisiones y conductas de los individuos en etapas anteriores de su vida.

También permite un acercamiento al análisis de la importancia de los cambios que se producen en la vejez dentro del contexto de la existencia de los individuos (incluyendo en el análisis la consideración de variables tan importantes como la situación laboral anterior, las pautas de matrimonio y fertilidad, la educación, etc.) y preguntarnos si esos cambios constituyen o no una fuente de ruptura con las etapas anteriores.

La perspectiva de *ciclo de vida* introduce la noción de que la vejez es una etapa más en el proceso total del ciclo vital. Es decir, la vejez no implica necesariamente una ruptura en el tiempo ni el ingreso a una etapa terminal sino que es parte de un proceso (y un proceso en sí misma) donde el individuo continúa “dialogando” con la sociedad, al igual que como lo hace en etapas anteriores.

Así como en otras etapas del ciclo de vida (niñez, juventud, adultez), la vejez posee, por una parte, su propio conjunto de normas, roles, expectativas y status, y es la sociedad la que establece una pauta social sobre la edad que corresponde a este ciclo. Por último, no debe olvidarse que el ciclo de vida también está determinado social e históricamente. En esencia, la perspectiva de ciclo de vida nos permite entender la situación actual de los adultos mayores recurriendo al análisis de etapas anteriores de su vida. Sin embargo, su aporte más importante ha sido el establecer que, al ser la vejez una etapa más del ciclo de vida (regida por restricciones y privilegios, al igual que otras etapas de la vida), no tendría, por definición, razón para ser una etapa de exclusión social.

Otro aporte importante derivado de esta perspectiva es la idea de la *interacción* de los ciclos de vida, que pone de manifiesto que los ciclos de vida de los individuos se relacionan entre sí, fundamentalmente a través de las relaciones familiares. “*Dentro del ciclo de vida de cada generación suceden acontecimientos inesperados e involuntarios a través de los cambios en las vidas de las generaciones con las que se relacionan. Un individuo alcanza su fase de 'nido vacío' cuando los hijos se van o se convierte en abuelo cuando los hijos tienen descendencia, o pierde su status de hijo cuando los padres mueren*”

Pero también, es posible hacer lo mismo con **la vejez**, en cuanto fenómeno social, es decir, analizar los enfoques que privilegian el criterio de la sociedad, aquellos que privilegian los factores culturales (*la vejez como subcultura* y grupo social minoritario), los factores del entorno social y la condición física y los que se centran en el debate de la **adaptación social** de los sujetos envejecidos (abordando fundamentalmente las teorías derivadas de enfoques funcionalistas y conductistas, como la *teoría del retraining*, la *teoría de la actividad* y la *teoría del vaciado de roles*). Un caso extremo de la relación entre vejez y estructura social, está en la **teoría de la dependencia estructurada o gerontología crítica**, que analiza la vinculación entre el constructo social llamado vejez y las particularidades de la sociedad capitalista.

### Teoría de la subcultura:

A mediados de la década de 1960, Rose<sup>6</sup> propuso que la edad –o el agrupamiento por edades típico de las sociedades avanzadas – conduce inevitablemente hacia la formación de una *subcultura*, que es la que define y dirige la conducta de sus miembros. Desde esta perspectiva, las sociedades estarían forzando a las personas que sobrepasan una determinada edad a constituir una minoría. Si bien el análisis de la subcultura de la vejez es un importante aporte para la comprensión del envejecimiento actual, ya que introduce componentes o factores psicosociales, no es difícil que mediante esta vía se confunda subcultura con marginalidad, definiendo a priori a los adultos mayores como un grupo marcado por la falta de movilidad (física y social), ausencia de competitividad, pobreza, segregación y aislamiento social.

Poniendo énfasis en la coerción u obligatoriedad que la sociedad impone a sus miembros adultos mayores para actuar según ciertas normas y pautas preestablecidas, la teoría del etiquetaje (labeling) sostiene que el grupo de viejos responde más a una identidad impuesta por la sociedad que a un proceso de autoidentificación, que sería secundaria e irrelevante. De esta forma, la persona etiquetada de senil o vieja condicionará su conducta al significado social de la etiqueta, es decir, decrepitud, dependencia, enfermedad, y terminará asumiendo estas características como propias, fundiéndose realmente con esta identidad.

---

<sup>6</sup> Rose, A. (1965). The subculture of aging: A framework for research in social gerontology. In A. Rose & W. Peterson (Eds.), *Older people and their social world* (pp. 8-16). Philadelphia, PA: F.A. Davis.



Esta teoría es interesante en cuanto sitúa el envejecimiento en el terreno de las valoraciones sociales y la interacción social; sin embargo, la naturaleza general de sus términos no consigue explicar el fenómeno de la vejez por completo. Además, parece cuerdo considerar que el grupo de viejos –al igual que cualquier otro grupo de edad – desarrolla un grado de actividad social de acuerdo a tres factores: su condición de salud, su situación económica y el apoyo social que reciba.

Esta consideración de *factores provenientes del medio social* (la salud es considerada desde su enraizamiento social) es vastamente utilizada por trabajadores sociales en intervenciones en terreno, demostrando que el control de uno o todos estos factores permite modificar la realidad social de la vejez, hecho sumamente relevante. Si bien no permite indagar más profundamente sobre la definición social de la vejez, esta perspectiva ha demostrado, con la acción y la investigación empírica, que la desvinculación social no es causada por la edad sino por otras circunstancias asociadas, como la mala salud, la pérdida de relaciones y la merma en los ingresos.

### **Teoría de la Adaptación:**

Las primeras y más influyentes aproximaciones a la vejez como fenómeno social coinciden con el inicio de la década de 1950, bajo el claro dominio de los paradigmas funcionalistas y conductistas, y en respuesta a una serie de repercusiones sociales que venían emergiendo en el marco del desarrollo de los países industrializados, especialmente los Estados Unidos (como la jubilación obligatoria, el predominio de la familia nuclear, el impacto de los procesos de industrialización y urbanización, y la creciente movilidad social y geográfica) (Pérez Ortiz, 1997).

Estas aproximaciones resultaron en un debate que sigue siendo fuente de controversias: la cuestión del envejecimiento y la adaptación social. Si se parte suponiendo que todo individuo tiene un conjunto de necesidades que satisfacer y que para ello cuenta con una serie de capacidades y habilidades personales que tiene que movilizar para aprovechar las oportunidades que le ofrece el entorno social, la máxima gratificación se encontraría en la eficiente adaptación del individuo al medio social existente (Pérez Ortiz, 1997).

Aplicando este supuesto a la vejez, los sociólogos norteamericanos Elaine Cumming y William Henry<sup>7</sup> elaboraron su conocida y controvertida **teoría del retraimiento o desvinculación**, la cual sostiene que la vejez conlleva inevitablemente a la disminución de la interacción entre el individuo y la sociedad y que este hecho es satisfactorio (o funcional) para ambas partes. Por un lado, este abandono permitiría al adulto mayor desprenderse (esencialmente a través de la “oportunidad” de jubilarse) de una serie de roles y responsabilidades sociolaborales que ya no está en condiciones físicas ni psicológicas de asumir y encontrar un espacio de paz para prepararse para la muerte (Pilar Rodríguez, 1995). Por otro lado, deja campo para que se produzca el recambio de generaciones viejas por otras nuevas y más aptas, sin mayores conflictos ni traumas.

En oposición a la teoría de la desvinculación, Robert Harvighurst formuló la **teoría de la actividad**, cuyo fundamento central se basa en que el envejecimiento normal implica el mantenimiento de las actitudes y actividades habituales de la persona por el máximo tiempo posible. Desde este punto de vista, la desvinculación vendría a ser resultado de la

---

<sup>7</sup> Cumming E y Henry W. Growing Old, the Process of Disengagement. 1961  
Departamento de Estudios y Desarrollo SIS, P. Olivares-Tirado. Departamento de Economía de la Salud  
MINSAL, C. Ibáñez. División Planificación Regional de MIDEPLAN, M España, V Miranda, M Gillmore  
Documento de Trabajo

falta de oportunidades para las personas adultos mayores y no un proceso que ellos deseen. Este enfoque reconoce en la pérdida de roles (como consecuencia de la viudez, la jubilación y la emancipación de los hijos, entre otras circunstancias) la fuente principal de inadaptación de las personas adultos mayores al sistema.

De esta forma, el bienestar del individuo y de la sociedad deberá ser resuelto a través de la intensificación de otros roles ya existentes o con la creación de nuevos roles capaces de proporcionar un suficiente nivel de actividad que permita al individuo ajustarse a su nueva situación sin que ello signifique consecuencias negativas para su conducta.

Profundizando el tema de la pérdida de roles en el envejecimiento, la **teoría del vaciado de roles**, plantea que durante la vejez el individuo pierde sus roles más importantes, lo que conlleva simultáneamente a la pérdida de las normas asociadas a esos roles, es decir pierde la noción acerca de lo correcto o incorrecto en el ámbito de su conducta social. Esta situación no tiene que ser necesariamente negativa para los adultos mayores, ya que puede introducir una nueva sensación de "libertad" al desligarlos de obligaciones y pautas establecidas; sin embargo, existe la posibilidad de que este mismo fenómeno se traduzca en una situación de total desestructuración de ellos mismos (situación denominada *desaparición social del adulto mayor*).

En términos generales, la principal crítica a estos aportes se refiere principalmente a su carácter homogeneizador de la vejez, pues desde el punto de vista de la desvinculación o de la actividad, las personas mayores son consideradas como un grupo no diferenciado internamente, omitiendo el efecto de variables sociales, culturales y personales que inciden en el proceso de envejecimiento y le dan un carácter universal y atemporal.

Otra crítica se refiere a su corto alcance explicativo más allá de la conducta de los individuos. Se critica que al hacer de la vejez un asunto dicotómico de adaptación o inadaptación a un conjunto de normas y pautas predefinidas por el sistema social dominante, donde la relación de ajuste es unidireccional siendo, los adultos mayores los que deben ajustarse al sistema.

No obstante la validez de estas observaciones, los enfoques funcionalistas y conductistas que dieron pie a una primera aproximación a la vejez como fenómeno social, han sido de gran trascendencia. Particularmente, la teoría de la desvinculación fue un gran aporte al conocimiento de la vejez, no tanto por su planteamiento como por el debate que su controvertida argumentación impulsó entre científicos sociales. Del mismo modo, la teoría de la actividad es la primera que intentó indagar sobre las causas exactas que provocan la inadaptación de los ancianos, junto con dar inicio a la discusión acerca de la pérdida, reasignación y significado de los roles durante la vejez, cuestiones sumamente relevantes.

### **Teoría de la gerontología crítica:**

Un último esquema a revisar respecto al fenómeno social de la vejez, se refiere a la teoría planteada por Mike Bury<sup>8</sup> conocida también como **Gerontología Crítica**<sup>9</sup>, la cual

---

<sup>8</sup> Bury, Mike (1996), "Envejecimiento, género y teoría sociológica", *Relación entre género y envejecimiento*, Narcea Ediciones. Madrid, 1996.

<sup>9</sup> También conocida como *Economía Política de la Vejez o Teoría de la Dependencia Estructurada*. Departamento de Estudios y Desarrollo SIS, P. Olivares-Tirado. Departamento de Economía de la Salud MINSAL, C. Ibáñez. División Planificación Regional de MIDEPLAN, M España, V Miranda, M Gillmore Documento de Trabajo

busca situar los problemas de la dependencia y el envejecimiento en relación con la estructura social y no con el individuo. Esta teoría tiene su origen a fines de la década de 1970, cuando los efectos de la crisis del petróleo pusieron en tela de juicio el mantenimiento del Estado de bienestar en Europa.

En contraposición con las perspectivas funcionalistas acerca de la categoría social inferior y los problemas de “adaptación de los adultos mayores”, la expresión “dependencia estructurada” se refiere al sistema social en general, y no la dirige a las características de los individuos (Bury, 1996).

La tesis central de este enfoque consiste en que “la vejez es más una construcción social que un fenómeno psicobiológico y, por tanto, son los condicionantes sociales, económicos y políticos los que determinan y conforman las condiciones de vida y las imágenes sociales de las personas mayores” (Pilar Rodríguez<sup>10</sup>, 1995). Es decir, se deja de tratar a la vejez como un asunto solamente biológico, para considerarla como una posición social y esta es una condición socialmente construida, que resulta de la división del trabajo y de la estructura de desigualdad existente en toda sociedad y en todo momento.

La base de este enfoque está en que en las sociedades industrializadas los adultos mayores ocupan, en general, una posición social y económica que es inferior a la de cualquier otro grupo y además dependiente y al margen de la sociedad. Desde esta posición, los beneficios de una política social generosa originan una serie de estereotipos negativos sobre la vejez –en especial el de dependencia– determinados por una imagen social que propicia la ubicación de un grupo humano en condición subsidiaria al resto de la sociedad, la que le entrega beneficios “a cambio de nada”, en forma de pensiones, servicios sociales y sanitarios, acceso a bienes culturales en condiciones ventajosas, etc.

Los representantes de esta teoría han analizado críticamente la institución de la jubilación y su carácter ambivalente (Alba V<sup>11</sup>, 1997); es un derecho pero también es una imposición que despoja de una parte importante de los roles sociales que configuran la propia identidad.

Este enfoque funciona bien para corregir el individualismo de los enfoques anteriores del envejecimiento y como medio para poner en primer plano la dimensión política del tema (Bury, 1996); sin embargo, desde un punto de vista sociológico presenta ciertos límites:

- En primer lugar, y como la vejez es sobre todo una construcción social, el conjunto de factores que determinan el grupo de personas que la conforma viene y se analiza siempre desde afuera, no quedando espacio de intervención libre, individual o colectiva para que las personas enfrenten la fuerza de los condicionantes estructurales que marcarán el curso de vida y determinarán su calidad de vida durante la edad avanzada (Rodríguez, 1995).

---

<sup>10</sup> Rodríguez, Pilar (1995), “Investigación-Acción participativa como estímulo a la participación de las personas mayores”, Voluntariado y Personas Mayores, IMSERSO, Madrid.

<sup>11</sup> Alba, Víctor (1997), “Paro, jubilación y envejecimiento prematuro”, *Gerontología y Salud: perspectivas actuales*. José Buendía (ed).Madrid.

- Por otra parte, la importancia concedida a los factores estructurales suele ser a costa de las relaciones con los microprocesos; Bury señala: *“cuando se estudian la jubilación, la pobreza y las pensiones, no suele hacerse referencia a las perspectivas reales que las personas de distintos grupos sociales tienen sobre estas cuestiones ni a su posible cambio en el tiempo”* (Bury 1997, p.40).

Después de criticar la homogeneización que los enfoques funcionalistas hacen de los adultos mayores, se vuelve a él, pero ahora como resultado de la excesiva importancia otorgada a los factores estructurales. En consecuencia, las relaciones entre la estructura y la actuación no reciben de este enfoque la debida atención. Para Bury, la argumentación de la “dependencia estructurada” sería más consistente si utilizara explícitamente el concepto de *jerarquías sociales*, de manera que *“aparecieran con mayor claridad las características verticales de las estructuras y los vínculos entre los distintos niveles de acción, por ejemplo, entre los encargados del diseño de la política, los políticos, las organizaciones y los grupos de presión de los adultos mayores, así como entre los diferentes grupos de mujeres y hombres”*.

Finalmente cabe destacar que el envejecimiento de la población y el individual son dos caras de una misma moneda y sus interrelaciones son complejas y continuas. Desde una óptica más positiva, el envejecimiento individual y el demográfico tienen en común que sus efectos tenderán a ser más efectivos (un incremento en el bienestar de los individuos y un mayor desarrollo de las sociedades) en la medida en que se tenga mayor conocimiento sobre cómo son actualmente los adultos mayores y qué significa exactamente ser viejo en nuestra sociedad (Pérez Ortiz, 1996). Sólo bajo estas condiciones, las personas y sociedades podrán tomar medidas y desarrollar cursos de acción adecuados, pertinentes y oportunos para lograr “una sociedad para todas las edades”, donde los principios de equidad y trato justo pasen de ser una premisa bien intencionada a una realidad.

## **B. Envejecimiento, discapacidad y dependencia**

Según Chambres (1983), el envejecimiento del ser humano es un proceso fisiológico presente durante toda la vida adulta y que se acentúa progresivamente con la edad. La principal característica de este proceso es la limitación progresiva en las capacidades y competencias funcionales de adaptación y de interacción del ser humano con su medio ambiente biológico, físico, psicológico y social<sup>12</sup>.

Los cambios que se producen en la vejez, no se deben exclusivamente al proceso biológico normal e irreversible del envejecimiento que afecta a distintos órganos y sistemas corporales, sino que, a la combinación de varios otros factores interrelacionados, tales como la pérdida prematura de aptitudes funcionales por desuso, las enfermedades agudas y crónicas, la marginación social, la desnutrición, la pobreza y otros. Según la OMS(1985), los factores ambientales físicos, psicológicos, sociales y culturales, son determinantes de la capacidad funcional, del goce de un buen estado de salud o, a la inversa de la discapacidad y de enfermedad<sup>13</sup>.

<sup>12</sup> Chambres L, Quality Assurance in long-term care:policy,research and measurement.OMS.Paris, France 1983.

<sup>13</sup> Hacia el Bienestar del Anciano. Publ. Científica Nº 492 OPS. OMS 1985

En este estudio se adoptará como premisa teórica, la vejez, como una etapa más en un proceso que constituye la totalidad del ciclo vital, “no implica una ruptura en el tiempo, una etapa terminal, sino que es parte de un proceso (y también un proceso en sí misma) en que el individuo se relaciona con la estructura social con el mismo sentido con que lo hizo en otras etapas de su vida, aunque varíen las formas sociales”. (Pérez Ortiz, 1996, p.96). Por definición, no vamos a considerar que la pobreza, la dependencia, la enfermedad o la incapacidad son características inherentes a la vejez; si estas condiciones están presentes, tal situación está determinada por una serie de variables sociales, económicas y culturales distintas a la edad cronológica.

La discapacidad es la expresión de una limitación funcional o cognitiva en un contexto social; es la brecha existente entre las capacidades de la persona (condicionadas por su salud) y las demandas del entorno, es decir, lo que exige el medio (físico, laboral, social) para poder desarrollar sus actividades, roles o tareas sociales. La enfermedad y la deficiencia se relacionan más con la función orgánica de la persona, mientras que la discapacidad y la dependencia se vinculan más con su función social<sup>14</sup>.

En este sentido, la discapacidad no es únicamente un concepto médico, no es un problema de salud, sino más bien social. Esta dificultad o incapacidad obliga a la persona que la padece a solicitar ayuda de otra, para poder realizar esas actividades cotidianas. En esto consiste la dependencia.

Por otra parte, hay que señalar que la mayor parte de los sistemas de protección a las personas en situación de dependencia hacen referencia a la misma desligándola de la edad, aunque se sabe que la edad comporta un mayor riesgo de dependencia y que las personas mayores representan la mayor parte de las personas en situación de dependencia. De cualquier manera es imprescindible destacar que la dependencia no va necesariamente ligada a la edad avanzada, aunque es cierto que ésta condiciona un tipo de dependencia específica de la que se derivan una serie de condicionamientos singulares y especialmente diferenciados de aquellos que son típicos en la dependencia producida por discapacidad<sup>15</sup>.

La dependencia supone un reto para los sistemas sanitarios y de servicios sociales que tienen que afrontar nuevas necesidades y demandas sociales en un contexto contradictorio de presiones políticas y económicas en favor de la contención del gasto social en general y del sanitario en particular y, al mismo tiempo, de nuevas demandas sociales en favor de una extensión de la protección social a las necesidades de ayuda personal que reclaman los ciudadanos, y sus cuidadores/as, para afrontar las distintas situaciones de dependencia<sup>16</sup>.

El tema de la dependencia y las respuestas dadas a la misma tienen, desde hace años y cada día más, una mayor relevancia en el debate político y social de todos los países de la Unión Europea y de los países pertenecientes a la OCDE. Fundamentan esta preocupación, los numerosos estudios e investigaciones que muestran que el riesgo de la dependencia juega un papel creciente -y no solamente por razón demográfica-, y que está conduciendo, en varios países europeos, a importantes cambios legislativos e

---

<sup>14</sup> Abellán A, Puga M. Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC). Rev Mult Gerontol 2004;14(5):301-303

<sup>15</sup> Libro Blanco Atención a las personas en situación de dependencia en España. Cap XI pág 5.2004

<sup>16</sup> Libro Blanco Atención a las personas en situación de dependencia en España. Cap XI pág 3.2004  
Departamento de Estudios y Desarrollo SIS, P. Olivares-Tirado. Departamento de Economía de la Salud  
MINSAL, C. Ibáñez. División Planificación Regional de MIDEPLAN, M España, V Miranda, M Gillmore  
Documento de Trabajo

institucionales, camino que, más temprano que tarde, necesariamente sociedades como la nuestra tendrá que empezar a recorrer.

## 1. Qué entendemos por dependencia

En general, se entiende por dependencia a la dificultad o incapacidad que padece una persona y que la obliga a solicitar ayuda a un tercero, para poder realizar sus actividades cotidianas (Abellán, Puga, 2004).

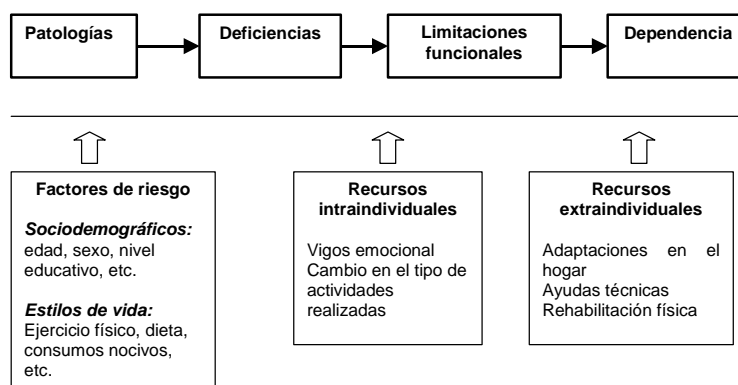
Casado (2007:1) por su parte, considera la dependencia como un atributo que poseen las personas que consiste en tener la necesidad de una asistencia o ayuda para la realización de las actividades de la vida diaria. Entre las razones por las cuales una persona puede poseer el atributo de dependencia se cuentan la falta o la pérdida de capacidad física, síquica o intelectual.

De todas maneras, existe consenso que este concepto se vincula más a la función social que a la función orgánica. En este sentido, no es un problema de salud sino más bien de la esfera social.

Teniendo presente lo anterior, podemos decir que el atributo de dependencia se corresponde, en general, con un proceso temporal en el cual, los individuos van perdiendo sus capacidades físicas, sensoriales o intelectuales. También encontraremos casos de individuos cuya dependencia no se corresponde con este proceso temporal, sino más bien con malformaciones congénitas o problemas de salud mental. Por otra parte, también existen individuos que no habiendo nacido con problemas físicos o mentales, producto de accidentes pierden dichas capacidades, transformándose en individuos dependientes.

Si nos abstraemos por un momento de los dos últimos casos de posibles individuos con dependencia, nos quedamos con aquellos individuos que caen en dependencia producto de un proceso más o menos acelerado de pérdida de capacidad física y/o cognitiva. En este último caso, hablamos de un proceso conocido en la literatura como la *senda principal*, la cual trata de describir las etapas por las cuales pasaría un individuo hasta caer en una situación de dependencia y que se sintetiza en la Figura 1.

**Figura 1: Proceso de la dependencia**



Fuente: Casado (2007: pp. 36).

De este modo, el proceso hacia la dependencia se describe mediante un proceso gradual de pérdida de capacidades. Este proceso comienza con la aparición de patologías, de enfermedades tales como el Alzheimer, diabetes, entre otras. Le siguen la aparición de deficiencias que corresponden a alteraciones en el funcionamiento normal de uno o varios órganos, lo cual daría lugar a las limitaciones para realizar determinadas acciones físicas o mentales. Es esto lo que se denomina la senda principal del proceso de dependencia.

Este proceso está dando cuenta de las distintas dimensiones del problema de la dependencia. En efecto, las primeras etapas tienen una dimensión fisiológica asociada a las enfermedades y limitaciones, mientras que la fase de dependencia propiamente tal posee una dimensión social por cuanto en mayor o menor medida el individuo que la padece requiere, para la reproducción de su vida, la ayuda de terceras personas.<sup>17</sup> Lo anterior es relevante, por cuanto define los distintos tipos de ofertas pertinentes para cada una de las fases.

## **2. Cómo se mide la dependencia**

### **i) Aspectos generales**

Tal como se plantea en Casado y López (2001: 43-46), hay por lo menos dos cuestiones metodológicas de la mayor importancia cuando se intenta medir y/o proyectar la dependencia. La primera se refiere a qué entendemos por una persona dependiente y segundo, a cuán dependiente es la persona.

Respecto de la primera cuestión, en la literatura se encuentran dos ámbitos a partir de los cuales se define la dependencia. Una es lo que se llama las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) tales como vestirse, comer o asearse y las que se engloban en el concepto de actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), tales como comprar o preparar comida. Las AIVD fueron en un principio propuestas con el objetivo de servir de predictores de la dependencia en las ABVD.<sup>18</sup> Estas actividades son las que se mencionan en la Tabla 1. A pesar de que no existe una estandarización de cuáles son las actividades de cada ámbito, esta clasificación no ha sufrido modificaciones significativas desde que fueran propuestas.

Desde la década de los '60 se han desarrollado muchos instrumentos a partir de los cuales poder medir la dependencia. De acuerdo a Casado (2007: 5) las principales diferencias se pueden observar según cada propuesta aborde tres cuestiones: (1) las actividades de la vida diaria que deben considerarse; (2) el modo en que la falta de autonomía para realizar cada una de las actividades se agrega para derivar una medida global de dependencia y; (3) el método de recolección de la información: declaración por parte de los individuos o de sus familiares frente a observación directa.

Respecto de las actividades de la vida diaria, como dijimos no existen grandes diferencias. Las diferencias aparecen cuando se evalúa el grado de autonomía del individuo respecto de las actividades que se consideren. De este modo hay instrumentos

---

<sup>17</sup> En realidad, esta afirmación es parcial, por cuanto las fases anteriores a la dependencia también se expresan como un problema social, la atención de las personas que van hacia a la dependencia expresa también un problema social que es necesario de atender.

<sup>18</sup> Estas clasificaciones y conceptualización fueron desarrolladas durante la década de los '60. Departamento de Estudios y Desarrollo SIS, P. Olivares-Tirado. Departamento de Economía de la Salud MINSAL, C. Ibáñez. División Planificación Regional de MIDEPLAN, M España, V Miranda, M Gillmore Documento de Trabajo

simples donde lo que se evalúa es si el individuo necesita o no ayuda para realizar las actividades, hasta aquellos que tienden a evaluar grados de ayuda para cada una de las actividades.

**Tabla 1: Necesidades de ayuda de las personas dependientes, según tipo de actividad**

<b>Actividades básicas de la vida diaria (ABVD)</b>
Vestirse
Bañarse
Comer
Asearse
Levantarse de la cama y acostarse
Deambular (moverse dentro del hogar)
<b>Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)</b>
Utilizar el teléfono
Comprar
Cocinar
Limpieza del hogar
Lavar ropa
Utilizar medios de transporte
Gestionar la medicación
Llevar las cuentas

Fuente: Casado (2007:2)

Respecto de la forma de agregar cada una de las distintas actividades existen dos enfoques. El primero consiste en construir un índice que tiene la característica de ser jerárquico y excluyente, es decir, a cada actividad se asigna un nivel determinado de importancia y cada individuo es clasificado de manera excluyente en cada categoría que agrupa a parte de las actividades consideradas.

Un segundo enfoque, consiste en construir un índice sintético de tipo cardinal a partir de la suma de determinadas puntuaciones asignadas a cada individuo en función de cada una de las actividades consideradas, las cuales se requiere que tengan una evaluación en términos del grado de dependencia en cada una de las actividades, es decir, que considere, por ejemplo, si el individuo es autónomo, necesita ayuda parcial o total.

Ambos enfoques tienen ventajas y desventajas. En el primer caso la principal ventaja está en hecho de su construcción es sencilla y requiere menos complejidad de respuestas de los individuos. Sin embargo, entre las desventajas se encuentra la respuesta a la pregunta respecto del peso o importancia de cada actividad, de este modo toda respuesta a la pregunta encontrará grados importantes de discrecionalidad o juicios de valor los cuales no encuentran consenso general entre los especialistas.

En el segundo caso, si bien las actividades se consideran con igual peso, el mismo problema del primer enfoque aparece cuando se asignan pesos a la gradualidad de la dependencia en cada una de las actividades. Adicionalmente, se requieren de mayores insumos en términos de respuesta de los individuos. La principal ventaja es que supera la simplicidad del primer enfoque incorporando los grados de dependencia por actividad.

Un tercer aspecto respecto del cual difieren las medidas de dependencia, es la forma en que se recoge la información. En efecto, una primera forma de recabar información es



preguntando directamente al individuo respecto de su autonomía en relación a un conjunto de actividades, lo cual también se puede complementar o suplir si fuere necesario por la respuesta de cuidadores o familiares del individuo de interés.

Las desventajas de esta forma son básicamente dos. Por una parte se presta para ser origen de sesgos estratégicos de los encuestados que tenderán a sobrevalorar su autonomía cuando ello pueda percibirse como camino a un hogar de ancianos o a instituciones que los alejaran de sus familias. Tenderán a subvalorar su autonomía cuando se perciba que sus respuestas tenderá a influir en la entrega de eventuales beneficios asociados a la dependencia. Por otra parte, la mayor desventaja, es el hecho que el grado de autonomía del individuo no se puede contrastar con la realidad.

La alternativa a lo que hemos venido comentando, es la observación directa, donde el evaluador realiza un análisis con el individuo que involucra la realización de pruebas donde se contraste in situ la real situación de dependencia del individuo.

La principal ventaja de los dos primeros métodos es lo económico que resultan, a la vez que la principal desventaja del tercero es su costo.

## ii) Índices de dependencia

De los índices más conocidos dos parecen ser los clásicos, y que tienen su origen, al igual que la conceptualización de la dependencia en la década de los '60, esto son los índices de Katz y el índice de Barthel.

El índice de Katz fue el primer instrumento utilizado para medir la dependencia. Los objetivos que perseguía fueron el poder evaluar un conjunto de distintos tratamientos destinados a enfrentar el problema de la dependencia y por otra parte que sirviera para predecir a los pacientes afectados por dependencia.

**Tabla 2: Índice de Katz**

<b>Categoría de dependencia</b>	<b>Descripción</b>
A	Independiente para comer, deambular, asearse, levantarse de la cama/acostarse, vestirse y bañarse.
B	Independiente en todas las actividades, excepto una, de las contempladas en A.
C	Independiente en todas las actividades contempladas en A, excepto bañarse y otra actividad.
D	Independiente en todas las actividades contempladas en A, excepto bañarse, vestirse y otra actividad.
E	Independiente en todas las actividades contempladas en A, excepto bañarse, vestirse, asearse y otra actividad.
F	Independiente en todas las actividades contempladas en A, excepto bañarse, vestirse, asearse, deambular y otra actividad.
G	Dependiente en las 6 actividades.
Otra	Dependiente en al menos 2 actividades, pero no clasificable como C, D, E o F.

Fuente: Casado (2007:8)

La hipótesis sostiene que las funciones o actividades más esenciales para la supervivencia - por ejemplo comer- que son las menos complejas, son las que primero se adquieren en la niñez y las últimas que se pierden en el proceso de envejecimiento,

mientras que las funciones más complejas y menos básicas para la supervivencia -por ejemplo bañarse- se adquieren más tarde y se pierden más tempranamente.

Un segundo índice, propuesto poco después que el de Katz, es el índice de Barthel. Este índice contempla 10 actividades asociadas a las ABVD. Del índice no se derivan categorías de dependencia, sino más bien un ordenamiento de los individuos sometidos a evaluación que va desde la total dependencia (0 puntos) hasta la total autonomía (100 puntos). Cada puntuación debe ser realizada por un evaluador experto, mediante la observación directa. Las actividades y rangos de puntuaciones de cada actividad se observan en la Tabla 3.

**Tabla 3: Índice de Barthel**

Actividad analizada	Puntos por ítem	
	Con ayuda	Independi
Comer	5	10
Levantarse de la cama y acostarse	5 – 10	15
Asearse (lavarse la cara, peinarse, afeitarse, etc.)	0	5
Utilizar el servicio	5	10
Bañarse	0	5
Desplazamiento dentro del hogar	10 – 0*	15
Subir y bajar escaleras	5	10
Vestirse (incluye abrochamiento de zapatos)	5	10
Continencia urinaria	5	10
Continencia fecal	5	10

\* Sólo si no puede andar.

Fuente: Casado (2007, pp. 9)

Una tercera medida de la dependencia es la Escala de Lawton y Brody, esta tiene por objeto poder evaluar las denominadas actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) que se mencionan en la Tabla 2. Aquí la importancia radicaría en que son estas las actividades que permitirían predecir posteriores pérdidas de autonomía en las actividades básicas de la vida diaria, en esa medida permite identificar individuos de mayor riesgo.

Al igual que en la construcción de los índices de Katz y Barthel, este también necesita de la presencia de un evaluador experto. Este tiene que asignar un puntaje a cada una de las AIVD, la evaluación es dicotómica, donde se asigna un valor 1 para la autonomía y 0 para la dependencia, sin embargo para algunas actividades se consideran más de dos situaciones, por ejemplo para el lavado de ropa hay dos situaciones que consideran la asignación de un 1 y una la de un 0, o en el caso de la limpieza del hogar existen cinco situaciones, en tres es posible asignar un 1 y en dos un 0. De este modo al final de la evaluación cada individuo tiene una puntuación que oscila entre 0 que indica dependencia total y 8 que expresa total autonomía.

### III. Antecedentes Nacionales

En éste capítulo se recogen los principales resultados de estudios nacionales que directa o indirectamente, se relacionan con la dependencia en adultos mayores. Se presentan los resultados de los siguientes estudios: Estudio Nacional de la Discapacidad (FONADIS 2004), Encuesta Salud Bienestar y Envejecimiento (SABE) ( MINSAL-OPS ) y Encuesta de Calidad de Vida y Salud (MINSAL,2006).

#### Estudio Nacional de la Discapacidad (FONADIS,2004):

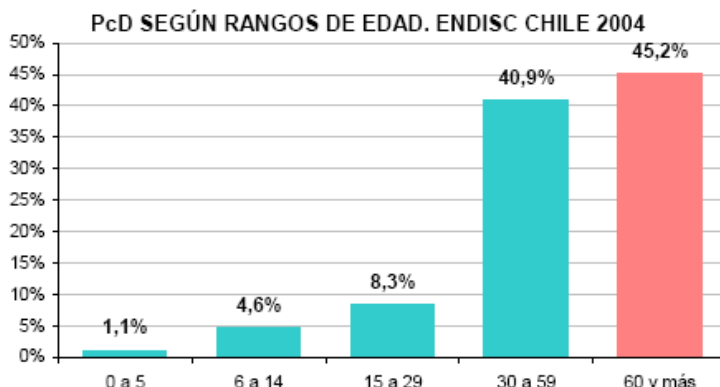
El Primer Estudio Nacional de la Discapacidad en Chile tuvo como objetivo general, conocer la prevalencia de la discapacidad<sup>19</sup> en sus diversos tipos y grados; y la medida en que esta condición afecta a las personas en las distintas dimensiones de su vida.

Para esto, la definición conceptual del estudio, así como su instrumento de recolección de información, se encuentran basados en la “Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF)” promulgada por la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud (OPS-OMS, 2001). La CIF pretende reflejar, la situación real del funcionamiento humano en la que el “funcionamiento” y la “discapacidad” son vistos como consecuencia de la interacción entre la “condición de salud” de la persona y su entorno físico y social.

La CIF propone un nuevo concepto del término “discapacidad” en la cual, la discapacidad es asumida como un término genérico que abarca las distintas dimensiones de las “deficiencias de función y deficiencias de estructura” (antes deficiencias); limitaciones en las “actividades” (antes discapacidades) y las restricciones a la “participación” (antes minusvalía).

El Estudio Nacional de la Discapacidad (ENDISC) demostró que el 12,9% de los chilenos y chilenas viven con discapacidad; 2.068.072 personas con discapacidad (PcD). Es decir, **1 de cada 8** personas presenta esta condición. De éstas personas, el **45.2%** corresponde a adultos mayores.

#### Gráfico 1: Discapacidad en Chile, según grupo etáreo .2004

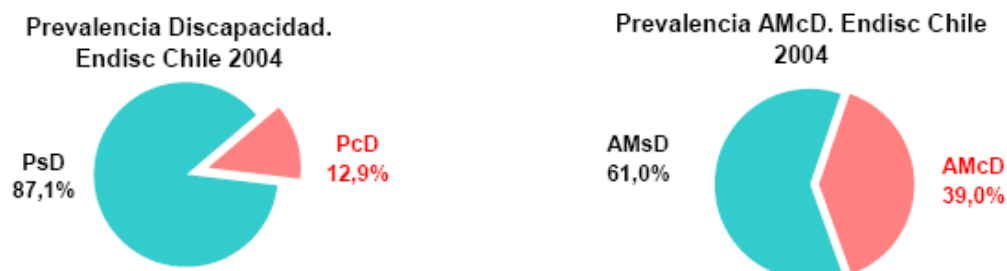


Fuente: ENDISC FONADIS, 2004

<sup>19</sup> **Discapacidad:** es un término genérico, que incluye deficiencias de las funciones y/o estructuras corporales, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación, indicando los aspectos negativos de la interacción entre un individuo (con una “condición de salud”) y sus factores contextuales (factores “ambientales y personales”).

A su vez, de los 2.392.129 adultos mayores que viven en Chile, 933.853 presentan discapacidad en cualquiera de sus grados. Es decir, el 39.0% de los adultos mayores chilenos presenta discapacidad.

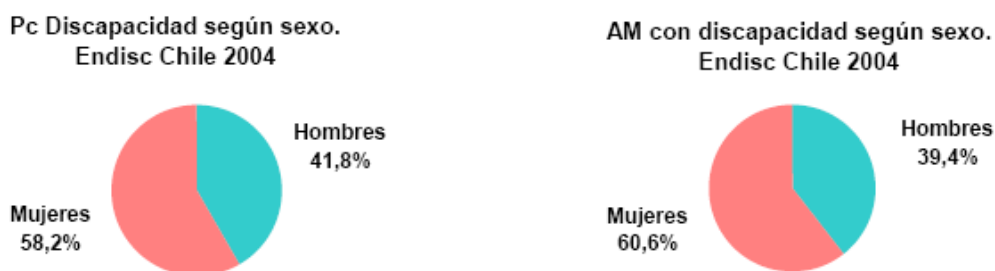
**Gráfico 2: Prevalencia de la Discapacidad en Chile y A Mayores .2004**



Fuente: ENDISC FONADIS, 2004

La distribución de la Discapacidad por sexo de la población adulta mayor presenta diferencias en relación con la distribución por sexo a nivel nacional. En Chile las mujeres con discapacidad alcanzan el 58.2% de la población, en cambio las mujeres sobre 60 años con discapacidad representan el 60.6% de las personas de ese rango etáreo. A su vez, los hombres con discapacidad en Chile, representan el 41.8% de las personas con discapacidad, mientras que los hombres mayores de 60 años alcanzan el 39.4%. Las mujeres sobre 60 años con discapacidad en Chile son 566.034 y los hombres adultos mayores, 367.819.

**Gráfico 3: Prevalencia de la Discapacidad en Chile, según género .2004**



Fuente: ENDISC FONADIS, 2004

De los adultos mayores, un 17.3% presenta un grado leve de discapacidad; 11.1% moderado y 10.7% severo. Es decir, 412.926 adultos mayores en Chile, presentan alguna dificultad para llevar a cabo actividades de la vida diaria<sup>20</sup>, sin embargo la persona es independiente y no requiere apoyo de terceros y puede superar barreras del entorno (discapacidad leve). Hay 264.650 adultos mayores que presentan una discapacidad moderada, es decir, una disminución o imposibilidad importante de su capacidad para realizar la mayoría de las actividades de la vida diaria, llegando incluso a requerir apoyo

<sup>20</sup> Actividades de la Vida Diaria-AVD: Aquellas que son comunes a todos los ciudadanos. Actividades básicas de Auto cuidado (vestirse, comer, aseo personal, etc.) y otras AVD como el estudiar, trabajar, realizar tareas del hogar, comunicarse, realizar actividad física y de ocio, entre otras funciones vitales de la vida diaria.

en labores básicas de auto cuidado y supera con dificultades sólo algunas barreras del entorno. Por último, 256.277 adultos mayores, por su discapacidad severa, ven gravemente dificultada o imposibilitada la realización de sus actividades cotidianas, requiriendo del apoyo o cuidados de una tercera persona y no logran superar las barreras del entorno o lo hacen con gran dificultad.

Finalmente los adultos mayores con discapacidad presentan distintas dificultades en actividades de la vida diaria. En la Encuesta se consideraron distintos dominios de acción de los individuos: Dificultades para Ver, Dificultades para Oír, Dificultades para el Cuidado Personal, Dificultades para el Desplazamiento y Dificultades en la Comprensión y Comunicación. Los adultos mayores con discapacidad presentan mayores dificultades en los ámbitos sensitivos (Ver y Oír) y en el Desplazamiento. De similar forma, este grupo presenta considerables dificultades para la Comprensión y la Comunicación.

**Tabla 4: Dificultades en A. Mayores con Discapacidad. ENDISC Chile.2004**

Dificultades para...		AM con Discapacidad	% en AM con Discapacidad
Ver	Ver aún usando lentes	725.355	77,70%
Oír	Oír aún usando audífonos	400.179	42,90%
Cuidado Personal	Bañarse por si sola	258.365	27,70%
	Vestirse o ponerse zapatos	270.291	28,90%
	Comer por si sola	90.554	9,70%
Desplazamiento	Estar en pie 30 min. o más	605.101	64,80%
	Caminar largas distancias	698.401	74,80%
	Ponerse de pie	611.476	65,50%
	Moverse dentro de la casa	278.068	29,80%
Comprensión y Comunicación	Aprender cosas nuevas	372.108	39,80%
	Concentrarse durante 10 min.	369.785	39,60%
	Recordar cosas importantes	487.559	52,20%
	Resolver Imprevistos	350.208	37,50%
	Comprender lo que la gente dice	275.588	29,50%

Fuente: ENDISC FONADIS, 2004

### **Encuesta sobre Salud, bienestar y envejecimiento (SABE, 2000)**

El estudio SABE está orientado a establecer y evaluar los múltiples elementos que determinan la calidad de vida de los adultos mayores, con el propósito de orientar sobre bases sólidas las políticas y acciones necesarias para el logro del bienestar de este grupo en los próximos años en la región. En este contexto, el proyecto SABE –Chile tiene como propósito evaluar las condiciones de salud de los adultos mayores de 60 años en Santiago de Chile, ciudad capital que concentra el 40% de la población total del país<sup>21</sup>.

Los objetivos de este estudio fueron: recopilar la información sobre el estado y las condiciones de salud y nutrición de los ancianos y sus factores de riesgo; evaluar las diferenciales socioeconómicas, de cohorte y de género respecto al estado de salud, acceso a la asistencia sanitaria y uso que se hace de ésta y elaborar perfiles de riesgo basados en información relativa a las condiciones de salud, tendencias conductuales, antecedentes ocupacionales y condiciones socioeconómicas

<sup>21</sup> Instituto Nacional de Estadísticas (INE), Chile. Compendio Estadístico 2002. Departamento de Estudios y Desarrollo SIS, P. Olivares-Tirado. Departamento de Economía de la Salud MINSAL, C. Ibáñez. División Planificación Regional de MIDEPLAN, M España, V Miranda, M Gillmore Documento de Trabajo

El estudio consta de diez capítulos, el capítulo VIII denominado Limitaciones Funcionales está orientado a analizar el tema de la dependencia desde el marco de las limitaciones funcionales propuesta por Saad Nagi y que ocurren como resultado de una discapacidad y afectan la habilidad del individuo para ejecutar las tareas y obligaciones habituales y las actividades diarias típicas. Tanto las discapacidades como las limitaciones funcionales involucran alteración de una función<sup>22</sup>. Sin embargo, la diferencia es en el nivel en que se produce la limitación.

En la encuesta SABE la funcionalidad se evaluó a través de instrumentos ampliamente usados en estudios epidemiológicos en ancianos. Las actividades instrumentales de la vida diaria se midieron con los instrumentos de Lawton & Brody y la movilidad se evaluó a través de variables desarrolladas por S Nagi, con la escala abreviada de Rosow Breslau y con pruebas de flexibilidad y movilidad.

Las principales conclusiones y resultados de este estudio nos señalan que para el individuo promedio, el envejecimiento se asocia a una declinación de las capacidades funcionales y el deterioro funcional es un indicador pronóstico de discapacidad y de dependencia de servicios de salud, por lo cual su evaluación adquiere especial relevancia.

Los resultados muestran una alta tasa de limitaciones funcionales, alcanzando al 19,2% de la población de este grupo de edad. La frecuencia de las limitaciones funcionales aumenta mientras mayor es la edad y afecta en forma especial en las mujeres, quienes presentan una significativa mayor frecuencia 25,1% versus 17,3% de los hombres.

**Tabla 5: Limitaciones en AVD por sexo (%) Chile. SABE 2000**

AVD	Hombres	Mujeres	Total
Ninguna	81,6	74,2	80,1
1	6,3	8,2	5,4
2	5,5	7,2	5,8
3 y mas	5,5	9,7	8,0
No responde	1,1	0,7	0,8
Total	100,0	100,0	100,0

Fuente: Estudio SABE, Tabla 8.1.1, pag 141

En la tabla siguiente se observa que las limitaciones funcionales, son más frecuente en las mujeres y en los grupos de mayor edad, alcanzando a casi la mitad de las mujeres mayores de 75 años. Asimismo, el número de AVD comprometidas fue significativamente mayor en el sexo femenino y en los grupos de mayor edad.

**Tabla 6: Limitaciones en AVD por grupos etéreos y sexo (%) Chile. SABE 2000**

AVD	Hombres			Mujeres		
	60-64	65-74	75 y	60-64	65-74	75 y
Ninguna	84,4	78,6	83,3	86,4	80,4	54,6
1	8,1	6,3	3,7	5,5	6,6	12,9
2	2,9	8,6	8,0	3,6	5,8	12,2
3 y mas	4,5	4,3	9,2	4,5	6,2	19,3
No responde	0,0	2,3	0,7	0,0	0,9	0,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Estudio SABE, Tabla 8.1.2, pag 141

<sup>22</sup> La limitación funcional se refiere a manifestaciones que involucran al organismo como un todo.

## **Encuesta de Calidad de Vida y Salud (MINSAL, 2006):**

En el año 2006 se aplicó la Segunda Encuesta Nacional de Calidad de Vida y Salud. Este Estudio permite conocer la percepción de los chilenos acerca de su estado de salud y la presencia de diversos factores determinantes de la salud que influyen en su nivel de salud afectando, a su vez, la calidad de vida de nuestra población.

El objetivo de esta Encuesta es disponer de información sistemática, confiable y oportuna acerca de la calidad de vida y de la salud de la población chilena para el diseño, desarrollo y evaluación de las políticas públicas e intervenciones de salud.

Este estudio fue llevado a cabo por el Ministerio de Salud en convenio con el Instituto Nacional de Estadísticas y la Pontificia Universidad Católica de Chile. La encuesta se aplicó durante los meses de marzo y abril de 2006, siendo sus resultados representativos de la población nacional, urbana y rural, y de las 13 regiones del país.

La base muestral del estudio fue el marco viviendas y población actualizadas definido para el Programa Integrado de Encuesta de Hogares (PIDEH) tomando como base el Censo 1992 (incluyendo su base cartográfica). El diseño muestral es estratificado geográficamente y trietápico, las unidades de muestreo son: los conglomerados geográficos o secciones, las viviendas particulares ocupadas y las personas de 15 años y más que formen parte de las viviendas seleccionadas. El tamaño muestral teórico fue definido en 6.130 viviendas, encuestándose 6.210 personas de <sup>3</sup>15 años de edad, de un total de 6.168 viviendas encuestadas. Asimismo se obtuvo información de 4.997 <15 años de un total de 3.029 hogares.

El cuestionario consta de tres partes, correspondiendo el primero al *Módulo de Caracterización de la Vivienda y el Hogar*. El segundo al *Módulo Individual* que corresponde a la población adulta (de 15 y más años de edad) y el tercero, llamado *Módulo Infantil* que indaga acerca de aspectos del desarrollo infantil y situación de salud de los menores de 15 años de cada hogar encuestado, a través de la información del cuidador principal de cada menor de edad.

En el Capítulo IV, Daño en Salud y Discapacidad en las tablas 4.3 del informe de Resultados Total Nacional de la *Segunda Encuesta de Calidad de Vida y Salud 2006*<sup>23</sup> publicado por el MINSAL, se encuentra información sobre Limitación de las Actividades de la Vida Diaria.

Estas tablas resumen los resultados de las preguntas que exploran las limitaciones de la vida diaria, por género, grupo de edad y nivel socio-económico. Si bien es cierto, los rangos de edad utilizados, no nos permite identificar fehacientemente a la totalidad de los adultos mayores (> 60 años), se disponen de datos de los mayores de 65 años de edad. Las tablas 8, 8 y 9 del capítulo IV de esta Encuesta (pregunta 76 Módulo Individual), aportan resultados que pueden ser relacionados con la dependencia de los adultos mayores.

---

<sup>23</sup> Ver en: <http://epi.minsal.cl/epi/html/sdesalud/calidaddevida2006/>

**Tabla 7: Dificultad para viajar en metro o micro (AIVD) ENCVS. MINSAL 2006**

Edad	No tiene dificultad				Tiene alguna dificultad				Tiene mucha dificultad				No puede hacerlo			
	N	%	IC 95%		N	%	IC 95%		N	%	IC 95%		N	%	IC 95%	
			Inf	Sup			Inf	Sup			Inf	Sup			Inf	Sup
15 a 19	1.333.053	92,6	89,6	94,8	89.786	6,2	4,2	9,2	13.591	0,9	0,4	2,2	3.034	0,2	0,0	1,1
20 a 44	4.969.816	93,7	92,3	94,8	273.728	5,2	4,1	6,4	49.400	0,9	0,6	1,5	12.218	0,2	0,1	0,5
45 a 64	3.258.694	90,8	88,8	92,4	221.511	6,2	4,8	7,9	94.965	2,6	1,8	3,8	13.951	0,4	0,2	0,9
65 a 74	782.559	82,5	77,9	86,4	92.422	9,7	7,2	13,0	54.429	5,7	3,3	9,8	18.621	2,0	0,8	4,9
75 y más	450.474	64,2	57,7	70,2	115.496	16,5	12,0	22,1	73.539	10,5	6,9	15,5	62.126	8,9	5,5	13,8

Fuente: ENCVS MINSAL, 2006

En esta tabla, se puede apreciar que el 7,7% de adultos mayores entre 65-74 años de edad, tiene mucha dificultad o no puede viajar en micro o en metro. Esta cifra aumenta a 19,4% en los mayores de 75 años.

La tabla siguiente nos muestra que el 2,9% de los adultos mayores entre 65-74 años de edad y el 4,6% de los mayores de 75 años de edad tiene mucha dificultad o no puede tomar o manipular objetos como lápiz, peineta o tijeras.

**Tabla 8: Dificultad para manipular objetos (AIVD) ENCVS. MINSAL 2006**

Edad	No tiene dificultad				Tiene alguna dificultad				Tiene mucha dificultad				No puede hacerlo			
	N	%	IC 95%		N	%	IC 95%		N	%	IC 95%		N	%	IC 95%	
			Inf	Sup			Inf	Sup			Inf	Sup			Inf	Sup
15 a 19	1.428.232	99,2	98,1	99,7	10.242	0,7	0,3	1,8	990	0,1	0,0	0,5	0	0,0	0,0	0,0
20 a 44	5.209.494	98,2	97,5	98,7	62.499	1,2	0,8	1,8	23.714	0,4	0,2	0,9	9.455	0,2	0,1	0,5
45 a 64	3.423.685	95,4	94,1	96,4	127.438	3,6	2,7	4,7	27.442	0,8	0,4	1,5	10.556	0,3	0,1	0,9
65 a 74	823.357	86,8	82,2	90,4	97.818	10,3	7,2	14,5	25.152	2,7	1,1	6,0	1.704	0,2	0,0	0,7
75 y más	588.117	83,8	78,6	88,0	81.767	11,7	8,0	16,7	27.722	4,0	2,3	6,8	4.029	0,6	0,2	1,6

Fuente: ENCVS MINSAL, 2006

Finalmente, en la tabla 9 se muestra que el 3% de los adultos mayores entre 65-74 años de edad y el 5,4% de los mayores de 75 años de edad, tienen mucha dificultad o no pueden controlar sus esfínteres, esta actividad es considerada como ABVD

**Tabla 9: Dificultad para controlar esfínteres (ABVD) ENCVS. MINSAL 2006**

Edad	No tiene dificultad				Tiene alguna dificultad				Tiene mucha dificultad				No puede hacerlo			
	N	%	IC 95%		N	%	IC 95%		N	%	IC 95%		N	%	IC 95%	
			Inf	Sup			Inf	Sup			Inf	Sup			Inf	Sup
15 a 19	1.419.256	98,6	97,3	99,3	15.820	1,1	0,5	2,2	1.640	0,1	0,0	0,8	2.748	0,2	0,0	1,3
20 a 44	5.124.602	96,6	95,6	97,4	14.645	2,7	2,0	3,7	22.799	0,4	0,2	0,9	13.116	0,2	0,1	0,6
45 a 64	3.325.348	92,7	90,9	94,1	178.280	5,0	3,8	6,4	82.567	2,3	1,5	3,6	2.926	0,1	0,0	0,6
65 a 74	841.307	88,7	84,1	92,2	78.237	8,3	5,3	12,6	24.898	2,6	1,2	5,6	3.589	0,4	0,1	1,6
75 y más	582.595	83,0	77,0	87,7	81.157	11,6	7,9	16,7	31.989	4,6	2,1	9,5	5.894	0,8	0,2	3,5

Fuente: ENCVS MINSAL, 2006



## IV. Metodología

En este estudio se utilizó como fuente de datos la Encuesta de Protección Social -2004, encuesta tipo panel, aplicada por el Centro de Microdatos del Departamento de Economía de la U de Chile en conjunto con la Universidad de Pensilvania –USA, a petición del Ministerio del Trabajo y Previsión Social (MINTRABYPS) el año 2004.

**Figura 2: Descripción de la pregunta sobre dependencia en EPS-2004**

F16. ¿Habitualmente Ud. necesita ayuda de terceros o tiene dificultad para realizar las siguientes actividades? <i>Leer todas. Respuesta múltiple</i>		
F16_01	Ejercicio extenuante o intenso	
F16_02	Caminar largas distancias	
F16_03	Subir escalas	
F16_04	Bañarse	
F16_05	Vestirse	
F16_06	Comer	
F16_07	Salir de su cama	
F16_08	No necesita ayuda para realizar ninguna de	

1. Sí  
2. No  
-4. NS/NR

En esta Encuesta, en el módulo salud, existe una pregunta (F-16) que explora la percepción del nivel de dependencia de los encuestados. La pregunta está formulada en estos términos: ¿Habitualmente Ud. necesita ayuda de terceros o tiene dificultad para realizar las siguientes actividades? y la opción de respuesta es dicotómica (ver Fig 2).

El análisis de los datos de la pregunta sobre dependencia de la mencionada Encuesta, se realizó en el segmento de mayores de 60 años, condición que define a los adultos mayores en nuestro país.

En la base de datos y para la cohorte mencionada, se analizan algunas variables que permitan realizar una caracterización demográfica y socio-económicas de los adultos mayores que padecen dependencia.

Asimismo, con los datos disponibles y con juicio de expertos, se realizó un ejercicio de categorización de los sujetos que presentaron dependencia. Aquellos individuos que declararon no necesitar ayuda para realizar ninguna de las actividades señaladas en la pregunta F-16 de la EPS-2004, fueron considerados autovalentes o autónomos. El subconjunto de adultos mayores que declararon necesitar ayuda de terceros o no tener dificultad para realizar alguna de las actividades señaladas en la pregunta F-16 de la EPS-2004 fueron clasificados en 3 categorías; leves, moderados y severos, dependiendo de la presencia o la conjugación de algunas variables que reflejen la gradiente de ayuda de parte de terceros o en el menoscabo en funciones que afecten el desempeño de la persona en actividades básicas de su vida diaria. De esta manera, las categorías de la dependencia fueron estructuradas de la siguiente forma:

**Dependiente leve:** Quién declara que necesita ayuda de terceros o tiene dificultad para realizar las siguientes actividades:

1. ejercicios extenuantes o intenso (**F16\_01 : sí**) y/o
2. caminar largas distancias (**F16\_02 : sí**)

3. el resto de las preguntas de F16 debían estar respondidas negativamente.

**Dependiente moderado:** Quién declara que necesita ayuda de terceros o tiene dificultad para :

1. subir escalas (**F16\_03 : sí**)
2. las preguntas F16\_01 y F16\_02 podían estar respondidas afirmativa o negativamente.
3. las preguntas F16\_04 a F16\_07 debían estar respondidas negativamente.

**Dependiente severo:** Quién declara que necesita ayuda de terceros o tiene dificultad para realizar las siguientes actividades:

1. bañarse (**F16\_04 : sí**) y/o
2. vestirse (**F16\_05 : sí**) y/o
3. comer (**F16\_06 : sí**) y/o
4. salir de su cama (**F16\_07 : sí**)
5. las preguntas F16\_01, F16\_02 y F16\_03 podían estar respondidas afirmativa o negativamente.

## V. Resultados

### 1. Prevalencia de la dependencia en Adultos mayores:

La cohorte de personas mayores de 60 años en la EPS-2004, está integrada por **3.562 sujetos**. De ellos el 50,2% correspondió a hombres y 49,8% a mujeres. Del total de adultos mayores el 78,6% fueron considerados autónomos, es decir, declaró no necesitar ayuda de terceros o no tener dificultad para realizar las actividades encuestadas. El restante **21,4%** fueron considerados dependientes puesto que declararon necesitar ayuda de terceros o no tener dificultad para realizar alguna de las actividades mencionadas.

Respecto al género, la tasa prevalencia de la dependencia es mayor en las mujeres, alcanzando en esta cohorte un 26,9%. La tasa de prevalencia en los hombres fue de 16,5%.

### 2. Caracterización de la muestra de A. Mayores Dependientes en EPS-2004

#### Edad y género

Al revisar esta distribución según tramos de edad, los adultos mayores dependientes se concentran en el tramo entre 75 y 79 años. En el caso de las mujeres en este tramo de edad, ellas representan el 20,8% de las mujeres dependientes a diferencia de los hombres cuyo mayor porcentaje se ubica en el tramo de 70 a 74 años con un 21,2%.

**Tabla 10: Dependencia en A. Mayores según grupos etáreos. Chile EPS-2004**

Quinquenios	Dependencia			Autonomía			Total
	hombre	mujer	total	hombre	mujer	total	
60 - 64	14,1	14,2	14,2	33,0	34,4	33,7	29,5
65 -69	13,9	15,5	15,0	27,2	25,0	26,1	23,7
70 - 74	21,2	19,0	19,8	19,8	17,6	18,7	18,9
75 - 79	19,3	20,8	20,3	11,6	13,6	12,6	14,2
80 - 84	15,2	14,6	14,9	5,5	5,9	5,7	7,7
85 - 89	11,3	9,6	10,2	2,2	2,9	2,5	4,2
90 - 94	3,7	4,8	4,4	0,5	0,5	0,5	1,3
95 Y MÁS	1,2	1,4	1,3	0,1	0,2	0,1	0,4
<b>TOTAL</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Elaboración propia en base a información de Encuesta de Protección Social - EPS 2004

Este comportamiento es radicalmente diferente de los adultos mayores autónomos, ya que se observa claramente que a medida que se avanza en la edad, va disminuyendo el porcentaje de autovalentes. Este comportamiento es similar en ambos sexos.

### estado civil

En cuanto distribución según estado civil de la muestra, las condiciones prevalentes son casado o viudo. Dentro de los casados, el 81,8% es autónomo y el 18,2% dependientes y de los viudos, el 69,5% es autónomo y el 30,5% dependiente. En el caso de los dependientes el mayor porcentaje de hombres se encuentra casado (62,9%) y unos 17,2% viudos, Esta situación, se invierte en el caso de las mujeres ya que, un 44,3% de las mujeres dependientes es viuda y tan solo un 35,8% casada.

**Tabla 11: Dependencia en A. Mayores según estado civil. Chile EPS-2004**

Condición	Dependencia			Autonomía			Total
	hombre	mujer	total	hombre	mujer	total	
casado(a)	62,9	35,8	45,2	70,5	40,2	55,4	53,2
conviviente	4,6	2,0	2,9	6,1	2,8	4,5	4,2
anulado(a)	0,0	0,5	0,3	0,3	0,5	0,4	0,4
separado(a) de unión legal	0,9	1,9	1,5	2,3	3,6	3,0	2,7
hecho	3,9	3,0	3,3	2,6	4,6	3,6	3,5
viudo(a)	17,2	44,3	34,9	11,5	32,1	21,7	24,6
soltero(a)	10,6	12,6	11,9	6,6	16,0	11,3	11,4
divorciado(a)	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,1	0,1
<b>TOTAL</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Elaboración propia en base a información de Encuesta de Protección Social - EPS 2004

### percepción del estado de salud

En cuanto a la percepción del estado de salud, del total de la muestra el 30,6% de los adultos mayores considera que su salud es buena y un 41,4% que es regular. Por otra parte, un 20,1% considera su estado de salud como malo o muy malo.

**Tabla 12: Dependencia en A. Mayores según estado de salud. Chile EPS-2004**

Tabla 12: a8. ud. diría que su salud es:

Condición	Dependencia			Autonomía			Total
	hombre	mujer	total	hombre	mujer	total	
no sabe/no está seguro	0,0	0,5	0,3	0,0	0,1	0,0	0,1
excelente	0,0	0,9	0,6	4,8	2,4	3,6	3,0
muy buena	1,0	0,6	0,8	6,2	5,7	6,0	4,8
buena	13,3	10,9	11,8	38,7	32,7	35,8	30,6
regular	41,7	41,3	41,4	38,3	44,5	41,4	41,4
mala	35,9	36,3	36,2	11,0	12,3	11,6	16,9
muy mala	8,1	9,5	9,0	1,0	2,2	1,6	3,2
<b>TOTAL</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Elaboración propia en base a información de Encuesta de Protección Social - EPS 2004

En el caso de los dependientes; el 11,8% percibe su salud como buena, un 41,4% como regular y el 45,2% como mala o muy mala. No se aprecian grandes diferencias entre hombres y mujeres.

Un comportamiento diferente se observa en el caso de los adultos mayores autovalentes; en ellos un 35,8% percibe su estado de salud como bueno, 41,4% regular y 13,2% como malo o muy malo. Además un 7,8% de este subgrupo, dice gozar de muy buena o excelente salud, además la mujeres presentan una mejor percepción de su salud.,

### nivel educacional

En cuanto al nivel educacional de la muestra, el 53,3% reconoce educación preparatoria o básica, un 28,9% alguna formación de enseñanza media o su equivalente y sólo un 6,5% formación superior.

**Tabla 13: Dependencia en A. Mayores según nivel de educación. Chile EPS-2004**

Condición	Dependencia			Autonomía			Total
	hombre	mujer	total	hombre	mujer	total	
no sabe/no está seguro	1,0	1,2	1,1	0,8	0,8	0,8	0,9
ninguna (o analfabeto)	16,2	16,8	16,6	8,2	8,2	8,2	10,0
preparatoria (s. antiguo)	45,3	45,8	45,6	38,4	37,4	37,9	39,6
básica	12,0	11,7	11,8	13,4	15,0	14,2	13,7
diferencial (discapacitado)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,2	0,1
humanidades (s. antiguo)	19,3	16,0	17,1	19,9	22,0	20,9	20,1
media científica-humanista	2,0	1,7	1,8	4,7	4,0	4,3	3,8
industrial (s. antiguo)	1,8	3,4	2,8	4,1	4,1	4,1	3,8
media técnica-profesional	0,4	0,5	0,5	2,0	0,7	1,3	1,2
superior en centro de formación técnica	0,0	0,0	0,0	0,3	0,7	0,5	0,4
superior en instituto profesional	1,0	1,1	1,1	0,9	1,2	1,1	1,1
superior en universidad	1,2	1,6	1,5	6,5	5,1	5,8	4,9
magister o postgrado	0,0	0,2	0,1	0,8	0,4	0,6	0,5
<b>TOTAL</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Elaboración propia en base a información de Encuesta de Protección Social - EPS 2004

En el caso de los dependientes, el 57,4% se concentra en preparatoria o básica, 22,2% con enseñanza media y solo 2,7% con formación de nivel superior. La distribución es similar en ambos sexo. En el caso de los autovalentes, el nivel educacional es mayor que en los dependientes, sobre todo en enseñanza media y de nivel superior y no hay diferencias entre ambos géneros.

### ingresos económicos

De acuerdo a la encuesta sólo un 42,6% de los adultos mayores percibió ingresos por concepto de jubilación. Sin embargo, al distinguir entre dependientes y autovalentes, los adultos mayores dependientes que no perciben jubilación alcanzan al 60,7% de su grupo, en cambio en los autónomos, estos representan un 56,5%. En ambos grupos las mujeres se ven más afectadas.

La distribución de quienes perciben jubilación, muestra que los autovalentes representan el 80,2% de los que reciben jubilación, mientras que solo el 19,8% de los dependientes accede a ella. Por otra parte, entre quienes no perciben ingresos por concepto de jubilación esta distribución es similar en ambos grupos; autovalentes y dependientes.

**Tabla 14: Dependencia en A. Mayores según ingresos económicos (I). Chile EPS-2004**

Tabla 14: c17. en los últimos 12 meses, ¿recibió ingresos por: jubilación?

Condición	Dependencia			Autonomía			Total
	hombre	mujer	total	hombre	mujer	total	
sí	9,6	10,2	19,8	49,8	30,4	80,2	100,0
no	5,9	16,8	22,7	31,9	45,4	77,3	100,0
<b>TOTAL</b>	<b>7,5</b>	<b>14,0</b>	<b>21,4</b>	<b>39,5</b>	<b>39,0</b>	<b>78,6</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Elaboración propia en base a información de Encuesta de Protección Social - EPS 2004

Respecto a la pensión de invalidez, en la muestra el 97% de los adultos mayores autovalentes y el 94% de los dependientes, no recibe este tipo de pensión. La distribución de los que reciben esta pensión, favorece al 6% de los dependientes y solo al 3,1% de los adultos mayores autovalentes. En ambos grupos las mujeres se ven más afectadas.

**Tabla 15: Dependencia en A. Mayores según ingresos económicos(II). Chile EPS-2004**

Tabla 15: c17. en los últimos 12 meses, ¿recibió ingresos por: pensión de invalidez?

Condición	Dependencia			Autonomía			Total
	hombre	mujer	total	hombre	mujer	total	
sí	17,4	17,3	34,7	45,2	20,1	65,3	100,0
no	7,1	13,9	20,9	39,3	39,7	79,1	100,0
<b>TOTAL</b>	<b>7,5</b>	<b>14,0</b>	<b>21,4</b>	<b>39,5</b>	<b>39,0</b>	<b>78,6</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Elaboración propia en base a información de Encuesta de Protección Social - EPS 2004

Sin embargo, se observa que el mayor porcentaje de beneficiados con la pensión de invalidez se concentra en los adultos mayores autónomos, 65,3% versus el 34,7% de

adultos dependientes. En el grupo de autovalentes, os más favorecidos con ese beneficio son los hombres, que duplican a las mujeres. En el grupo de los dependientes no se observan diferencias entre los géneros.

Sobre la pensión de vejez, el 93% de la muestra no percibe este tipo de pensión, afectando a ambos grupos, dependientes y autovalentes, de forma similar. Del 7,1% que recibe pensión de vejez, el 75,2% son adultos mayores autovalentes y tan sólo un 24,8% presenta algún grado de dependencia. En ambos grupos la mujeres son más favorecidas que los hombres.

**Tabla 16: Dependencia en A. Mayores según ingresos económicos(III). Chile EPS-2004**

Tabla 16: c17. en los últimos 12 meses, ¿recibió ingresos por: pensión de vejez?

Condición	Dependencia			Autonomía			Total
	hombre	mujer	total	hombre	mujer	total	
sí	6,4	18,3	24,8	40,5	34,8	75,2	100,0
no	7,5	13,6	21,2	39,5	39,3	78,8	100,0
<b>TOTAL</b>	<b>7,5</b>	<b>14,0</b>	<b>21,4</b>	<b>39,5</b>	<b>39,0</b>	<b>78,6</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Elaboración propia en base a información de Encuesta de Protección Social - EPS 2004

### rol en el hogar

Resulta relevante conocer cuál es la posición que ocupan los adultos mayores en el hogar. El 73,3% de los adultos mayores de la muestra son jefe de hogar y el 18,8% cumplen el rol de cónyuges. Sin embargo, es importante destacar que más de la mitad de las mujeres adultas mayores son jefas de hogar en ambos subgrupos; dependientes y autovalentes, representando el 51,5% y el 56,3%, respectivamente.

**Tabla 17: Adultos Mayores según rol en el hogar. Chile EPS-2004**

Condición	Dependencia			Autonomía			Total
	hombre	mujer	total	hombre	mujer	total	
jefe de hogar	85,2	51,5	63,2	95,7	56,3	76,1	73,3
cónyuge o pareja	1,9	32,6	21,9	1,1	35,0	17,9	18,8
hijo(a)	1,3	1,3	1,3	0,4	1,1	0,7	0,8
otro familiar	9,6	12,6	11,5	2,4	6,5	4,4	6,0
otro no familiar	2,0	2,1	2,1	0,4	1,2	0,8	1,1
<b>TOTAL</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Elaboración propia en base a información de Encuesta de Protección Social - EPS 2004

Sin embargo, al observar la distribución de las jefaturas de hogar, los adultos mayores jefes de hogar con algún grado de dependencia son solamente un 18,5%, con distribución similar entre hombres y mujeres; en cambio, en los adultos mayores autónomos, el 81,5% se desempeña como jefe de hogar con un claro predominio de los hombres (51,6%) sobre las mujeres (29,9%). También cabe destacar, que en los adultos mayores dependientes, solo el 25% de ellos tiene una relación conyugal o de pareja, con el jefe de

hogar, siendo entre ellos más frecuente, que la jefatura del hogar sea desempeñada por un familiar lejano o un tercero.

**Tabla 18: Dependencia en A. Mayores según rol en el hogar. Chile EPS-2004**

Condición	Dependencia			Autonomía			Total
	hombre	mujer	total	hombre	mujer	total	
jefe de hogar	8,7	9,8	18,5	51,6	29,9	81,5	100,0
cónyuge o pareja	0,8	24,2	25,0	2,3	72,7	75,0	100,0
hijo(a)	11,4	21,5	32,9	17,9	49,1	67,1	100,0
otro familiar	12,0	29,5	41,4	16,1	42,5	58,6	100,0
otro no familiar	14,3	28,1	42,3	14,2	43,5	57,7	100,0
<b>TOTAL</b>	<b>7,5</b>	<b>14,0</b>	<b>21,4</b>	<b>39,5</b>	<b>39,0</b>	<b>78,6</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Elaboración propia en base a información de Encuesta de Protección Social - EPS 2004

### situación previsional de salud

El 84,0% de los adultos mayores se encuentra afiliado al sistema público de salud en alguna de sus modalidades. El 37,2% pertenece al grupo B de FONASA y un 24,4% al grupo A de FONASA (indigentes). Los adultos mayores con algún grado de dependencia en el 87,7% de los casos están afiliados al sistema público, versus un 83,0% en los autovalentes.

**Tabla 19: Dependencia en A. Mayores y situación previsional de salud. Chile EPS-2004**

Condición	Dependencia			Autonomía			Total
	hombre	mujer	total	hombre	mujer	total	
sistema público grupo a (indigente)	8,7	16,9	25,6	35,9	38,6	74,4	100,0
sistema público grupo b	6,4	15,2	21,6	35,9	42,6	78,4	100,0
sistema público grupo c	5,4	7,5	12,9	49,9	37,2	87,1	100,0
sistema público grupo d	5,9	9,2	15,1	51,6	33,3	84,9	100,0
sistema público, no sabe el grupo	13,1	19,3	32,5	32,0	35,5	67,5	100,0
<b>Sub total sistema público</b>	<b>7,5</b>	<b>14,8</b>	<b>22,4</b>	<b>38,2</b>	<b>39,4</b>	<b>77,6</b>	<b>100,0</b>
ff. aa y de orden	2,1	8,4	10,6	39,9	49,5	89,4	100,0
isapre	3,3	7,0	10,3	52,0	37,6	89,7	100,0
ninguno (particular)	10,1	8,6	18,7	48,2	33,1	81,3	100,0
otro sistema	100,0	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0	100,0
no sabe	17,0	21,1	38,1	33,7	28,2	61,9	100,0
<b>TOTAL</b>	<b>7,5</b>	<b>14,0</b>	<b>21,4</b>	<b>39,5</b>	<b>39,0</b>	<b>78,6</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Elaboración propia en base a información de Encuesta de Protección Social - EPS 2004

Tanto en la condición de dependencia como de autonomía, las mujeres pertenecientes al sistema público grupo B son mayores respecto de la participación masculina y también en la categoría A indigentes. La distribución entre adultos dependientes y autónomos, muestra que predominan aquellos autovalentes para todas las categorías, ya sea pública o privada.

## actividad física

Se observa que el 79,8% de los adultos mayores no practica ningún deporte o no desarrolla actividad física alguna. En el caso de los dependientes esta alternativa alcanza el 90,4% y en los autovalentes es del 76,8%. En todas las categorías, los adultos mayores autónomos presentan mejores resultados que los dependientes. No se observan grandes diferencias entre sexos. En oposición, tan sólo un 7,4% realiza alguna actividad física todos los días, superando en ambos grupos los hombres a las mujeres.

**Tabla 20: Dependencia en A. Mayores según nivel de actividad física. Chile EPS-2004**

Tabla 20: f11. ¿con qué regularidad practica ud. deporte o alguna actividad física? Promedio

Condición	Dependencia			Autonomía			Total
	hombre	mujer	total	hombre	mujer	total	
no sabe/no está seguro	0,5	0,7	0,7	0,2	0,4	0,3	0,4
todos los días	3,9	2,7	3,1	10,9	6,2	8,6	7,4
5 a 6 veces por semana	0,8	0,1	0,4	0,8	0,9	0,8	0,7
3 a 4 veces por semana	0,4	0,6	0,5	2,1	2,9	2,5	2,1
1 a 2 veces por semana	1,6	2,0	1,9	3,5	5,0	4,3	3,8
1 a 3 veces al mes	2,3	0,9	1,4	2,1	1,9	2,0	1,9
algunas veces en el año	1,4	1,8	1,7	5,3	3,8	4,6	4,0
nunca o casi nunca	89,2	91,1	90,4	74,9	78,8	76,8	79,8
<b>TOTAL</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Elaboración propia en base a información de Encuesta de Protección Social - EPS 2004

## tabaquismo

En términos absolutos se observa que tanto los adultos mayores con algún grado de dependencia como los autovalentes en su gran mayoría, tanto hombres como mujeres, no fuma. De hecho, el 87% de los adultos mayores no fuma. Del total de dependientes, el 94,3% no fuma, valor que desciende a 85,3% en el caso de los autovalentes.

**Tabla 21: Dependencia en A. Mayores según hábito de fumar. Chile EPS-2004**

Tabla 21: f14. ¿ud. fuma actualmente?

Condición	Dependencia			Autonomía			Total
	hombre	mujer	total	hombre	mujer	total	
sí	8,6	4,1	5,7	18,6	10,8	14,7	12,8
no	91,4	95,9	94,3	81,4	89,2	85,3	87,2
<b>TOTAL</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Elaboración propia en base a información de Encuesta de Protección Social - EPS 2004

En cuanto a los adultos mayores que si fuma, tanto en el caso de los dependientes como de los autónomos, los hombres fumadores predominan sobre las mujeres, especialmente en el caso de los autónomos, ya que en aquellos con algún grado de dependencia los porcentajes son relativamente similares, 52,8% de los hombres y 47,2% para las mujeres.



### 3. Perfil de la Dependencia de los Adultos Mayores

En las tablas siguientes se muestran las dimensiones de la ABVD en las cuales los A Mayores de la muestra, presentan dificultades. Para una adecuada interpretación de la tabla, en las primeras dos columnas se presenta la distribución –totales verticales- de la condición en ambos géneros. En las columnas (5) y (6) se muestra la distribución- totales horizontales- entre los géneros, de la condición.

En relación a las actividades de la vida diarias exploradas en EPS-2004 para definir la dependencia se observa que, en orden decreciente el factor de mayor incidencia es la **dificultad para caminar largas distancias**, donde un 74,6% de los adultos mayores responde en forma afirmativa, viéndose más afectadas las mujeres, que representan un 68,1% de este universo.

**Tabla 22: ABVD: caminar largas distancias en A. Mayores. Chile EPS-2004**

Tabla 22: f16. ¿necesita ayuda o tiene dificultad para realizar: caminar largas distancias

Condición	hombre	mujer	Total	hombre	mujer	Total
si	68,5	77,9	74,6	31,9	68,1	100,0
no	31,5	22,1	25,4	43,2	56,8	100,0
<b>TOTAL</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>34,8</b>	<b>65,2</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Elaboración propia en base a información de Encuesta de Protección Social - EPS 2004

En segundo lugar aparece la **dificultad para subir escalas**, que alcanza a un 63,9% y nuevamente las mujeres son más afectadas (68,3%), que los hombres (38,9%).

**Tabla 23: ABVD: subir escaleras en A. Mayores. Chile EPS-2004**

Tabla 23: f16. ¿necesita ayuda o tiene dificultad para realizar: subir escalas?

Condición	hombre	mujer	Total	hombre	mujer	Total
sí	58,3	66,9	63,9	31,7	68,3	100,0
no	41,7	33,1	36,1	40,1	59,9	100,0
<b>TOTAL</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>34,8</b>	<b>65,2</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Elaboración propia en base a información de Encuesta de Protección Social - EPS 2004

El tercer lugar lo ocupa la **dificultad para realizar algún ejercicio extenuante**, que afecta al 50,2% de los adultos mayores y dentro de este grupo, las mujeres representan el 66,7%.

**Tabla 24: ABVD: realizar ejercicios extenuantes en A. Mayores. Chile EPS-2004**

Tabla 24: f16. ¿necesita ayuda o tiene dificultad para realizar: ejercicio extenuante

Condición	hombre	mujer	Total	hombre	mujer	Total
si	48,1	51,3	50,2	33,3	66,7	100,0
no	51,9	48,7	49,8	36,2	63,8	100,0
<b>TOTAL</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>34,8</b>	<b>65,2</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Elaboración propia en base a información de Encuesta de Protección Social - EPS 2004

Los otros factores son, en orden decreciente: **dificultad para bañarse** (33,5%), **dificultad para vestirse** (25,0%), **dificultad para salir de su cama** (21,6%) y finalmente, **dificultad para comer** que afecta sólo a un 7,7% del universo adulto mayor.

**Tabla 25: ABVD: bañarse, vestirse, comer y salir de la cama A.Mayores. Chile EPS-2004**

Tabla 25: ¿necesita ayuda o tiene dificultad para realizar: bañarse; vestirse; comer; salir de la cama?

f16. ¿necesita ayuda o tiene dificultad para realizar: bañarse?

Condición	hombre	mujer	Total	hombre	mujer	Total
si	32,4	34,1	33,5	33,6	66,4	100,0
no	67,6	65,9	66,5	35,4	64,6	100,0
<b>TOTAL</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>34,8</b>	<b>65,2</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Elaboración propia en base a información de Encuesta de Protección Social - EPS 2004

f16. ¿necesita ayuda o tiene dificultad para realizar: vestirse?

Condición	hombre	mujer	Total	hombre	mujer	Total
si	26,8	24,1	25,0	37,2	62,8	100,0
no	73,2	75,9	75,0	34,0	66,0	100,0
<b>TOTAL</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>34,8</b>	<b>65,2</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Elaboración propia en base a información de Encuesta de Protección Social - EPS 2004

f16. ¿necesita ayuda o tiene dificultad para realizar: comer?

Condición	hombre	mujer	Total	hombre	mujer	Total
si	10,7	6,1	7,7	48,5	51,5	100,0
no	89,3	93,9	92,3	33,6	66,4	100,0
<b>TOTAL</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>34,8</b>	<b>65,2</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Elaboración propia en base a información de Encuesta de Protección Social - EPS 2004

f16. ¿necesita ayuda o tiene dificultad para realizar: salir de su cama?

Condición	hombre	mujer	Total	hombre	mujer	Total
si	24,6	20,0	21,6	39,7	60,3	100,0
no	75,4	80,0	78,4	33,4	66,6	100,0
<b>TOTAL</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>34,8</b>	<b>65,2</b>	<b>100,0</b>

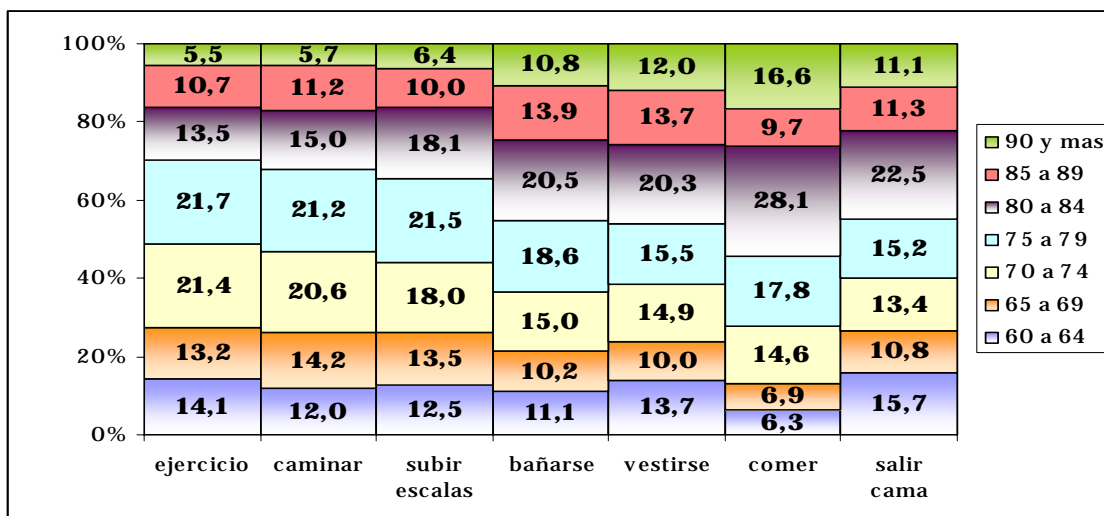
Fuente: Elaboración propia en base a información de Encuesta de Protección Social - EPS 2004

En las tablas precedentes se observa que en todas las dimensiones exploradas, las mujeres son más afectadas que los hombres, de hecho, en la mayoría de las variables, con la excepción de la "dificultad para comer" las mujeres representan casi los dos tercios del total de los que padecen dificultades en estas dimensiones.

### distribución etárea

Considerando este comportamiento, resulta interesante obtener una perspectiva de la incidencia de estos factores en los respectivos tramos de edad. Para ello se ha distribuido la población adulto mayor en quinquenios y las dimensiones se han ordenado de acuerdo a la secuencia de preguntas de la encuesta EPS 2004.

**Gráfico 4: Distribución A. Mayores según tipo de dificultad y tramo edad. EPS 2004**



Fuente: Elaboración propia en base a datos de Encuesta de Protección Social EPS-2004

En general se observa que las principales concentraciones para cada factor se producen entre los 70-74 años hasta los 80-84 años de edad. No obstante, en el tramo entre 60 a 64 años la dificultad para salir de la cama aparece como la de mayor impacto en este grupo, en tanto caminar largas distancias es el factor de mayor incidencia, 14,2% en los adultos entre 65 y 69 años, repitiendo su importancia entre aquellos ubicados en el tramo de 70 a 74 años de edad, aún cuando en este tramo es la dificultad para realizar ejercicio extenuante la que representa el mayor porcentaje con 21,4%. En el tramo entre 75 a 79 años son las dos actividades anteriores más, subir escaleras las que afectan casi al 65% de la población adulto mayor, distribuyéndose en forma relativamente similar. En el tramo entre 80 y 84 años es la dificultad para comer la que incide en mayor representación en los adultos mayores con 28,1%<sup>24</sup>. En el tramo entre 85 y 89 años las limitaciones se distribuyen con relativa igualdad, para, en los mayores de 90 volver la dificultad para comer a ocupar el puesto principal con un 16,6%.

En relación a la estructura agregada de las dificultades en las ABVD de los adultos mayores, según tramo de edad, el 25,9% de ésta población enfrenta dificultades para realizar ejercicios extenuantes, caminar largas distancias o ambas y sobre esta media se ubican los adultos mayores desde los 60 años hasta los 74 años y el grupo entre 85 y 89 años. Ver Gráfico 5.

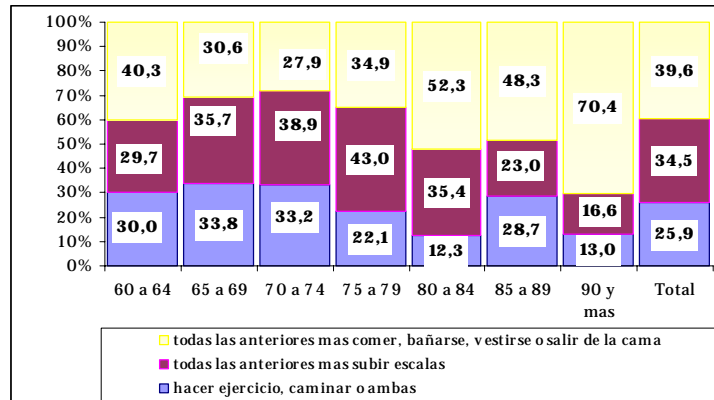
Por otra parte, un 34,5% de los adultos mayores muestra dificultad para realizar ejercicios extenuantes, caminar largas distancias y subir escalas, los que superan este valor se concentran entre los 65 hasta los 84 años.

Finalmente, un 39,6% de los adultos mayores agregan a las condiciones anteriores las dificultades para comer, vestirse, bañarse y salir de la cama, el grupo más importante se concentra en los mayores de 90 años, sin embargo entre los 80 y 84 años hay un 52,3% y

<sup>24</sup> Al respecto es importante destacar que en cuanto indicador de dependencia es un factor a analizar, ya que, de acuerdo a la hipótesis que sustenta el índice de Katz, esta es una de las funciones esenciales de supervivencia, por tanto menos compleja, que es de las primeras que se adquiere en la niñez y de las últimas que se pierden en el proceso de envejecimiento.

entre los 85 y 89 años el 48,3%. En todo caso, también hay un porcentaje importante entre los 60 a 64 años, ya que estos adultos representan el 40,3% del grupo ubicado en este tramo de edad.

**Gráfico 5: Dificultades en ABVD en A. Mayores según tramos de edad .2004**

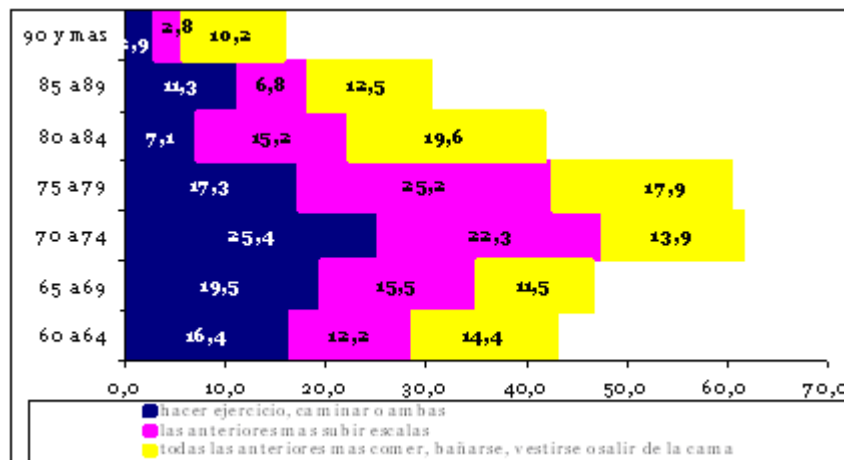


Fuente: Elaboración propia en base a datos de Encuesta de Protección Social EPS-2004

En el gráfico 6 se observa que el mayor porcentaje de adultos mayores que presenta dificultades para hacer ejercicio, caminar largas distancias o ambas simultáneamente, se ubica en el tramo entre 70 y 74 años y corresponde a un 25,4%, para ir descendiendo en forma sistemática y finalizar en los mayores de 90 años que representan sólo el 2,9%. Cuando se agrega a las alternativas anteriores la dificultad de subir escalas el peak se produce en el tramo de edad entre 75 y 79 años con un 25,2%, para iniciar el descenso hasta los mayores de 90 años que sólo representan el 2,8%.

Cuando a las dificultades anteriores se incorpora simultáneamente el comer, bañarse, vestirse o salir de la cama, la mayor concentración de adultos mayores se produce en el rango de 80 a 84 años con un 19,6%, sin embargo, en este caso, los adultos mayores de 90 años y más representan el 10,2% de este universo.

**Gráfico 6: Distribución de dificultades en las ABVD en A Mayores .EPS 2004**



Fuente: Elaboración propia en base a datos de Encuesta de Protección Social EPS-2004

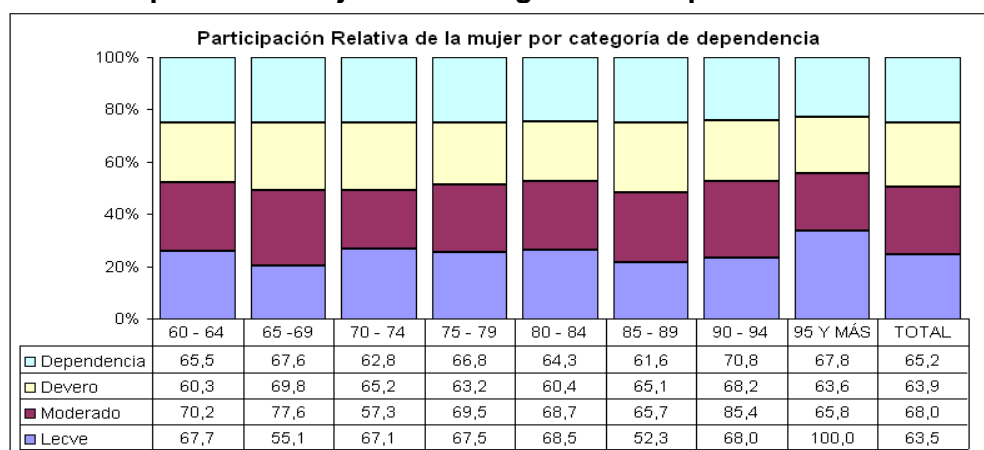
## categorías de la dependencia y distribución etarea

Una vez revisada la situación de los adultos mayores según diversos tipos de dificultad, analizadas desde una perspectiva individual y de acuerdo a la clasificación propuesta en la metodología, se realizó un análisis de la gradualidad de la dependencia de los adultos mayores.

Del total de los adultos mayores en condición de dependencia, el 25,9% de ellos se caracteriza por una dependencia leve, el 34,5% con dependencia moderada y el 39,6% restante con dependencia severa.

Al desagregar la dependencia por género se observa que las mujeres representan el 65,2% de los adultos mayores dependientes y los hombres, el 34,8%, restante. La participación relativa de la mujeres en las 3 categorías es superior a los hombres; en la dependencia leve las mujeres representan el 63,5% de los casos, un 68,0% en os moderados y un 63,9% en la dependencia severa. Esta condición de vulnerabilidad de las mujeres en los adultos mayores en condición de dependencia, se manifiesta en todos los quinquenios de edades.

**Gráfico 7: Participación de Mujeres en categorías de dependencia .EPS 2004**



Fuente: Elaboración propia en base a datos de Encuesta de Protección Social EPS-2004

Al observar la distribución porcentual por tramos de edades y por género de las categorías de la dependencia estimadas en nuestro estudio, la Tabla 26 muestra que no necesariamente los peak de dependencia leve, moderada y severa se dan de igual manera entre hombres y mujeres.

En la categoría de dependencia leve, el peak en los hombres se presenta en el tramo etáreo de 65 a 69 años, disminuyendo en los dos siguientes tramos y aumentando en el tramo de 85 a 89 años con el 14,8%. En las mujeres en cambio, el peak se observa en el tramo de 75 a 79 años, bajando significativamente en los tramos etáreos siguientes.

En la dependencia moderada, el peak entre los hombres se aprecia en el tramo de 70 a 74 años y en las mujeres, en el tramo de 75 a 79 años.

**Tabla 26: Distribución de A. Mayores por tipo de dependencia y género. Chile EPS-2004**

Quinquenio	LEVE		MODERADO		SEVERO		TOTAL	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
60-64	14,6	17,5	11,4	12,6	15,9	13,6	14,1	14,2
65-69	<b>24,0</b>	16,9	10,8	17,6	9,7	12,6	13,9	15,5
70-74	22,9	<b>26,8</b>	<b>29,8</b>	18,8	13,4	14,2	<b>21,2</b>	19,0
75-79	15,5	18,4	24,1	<b>25,8</b>	18,2	17,7	19,3	<b>20,8</b>
80-84	6,1	7,6	14,9	15,4	<b>21,5</b>	<b>18,5</b>	15,2	14,6
85-89	14,8	9,3	7,3	6,6	12,0	12,7	11,3	9,6
90-94	2,1	2,5	0,0	2,4	7,0	8,5	3,7	4,8
90Y MÁS	0,0	0,8	0,9	0,8	2,2	2,2	1,2	1,5
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Elaboración propia en base a información de Encuesta de Protección Social - EPS 2004

Finalmente, en la dependencia severa el peak en hombres y mujeres se da en el mismo tramo de edad, 80 a 84 años, manteniendo similar participación en los siguientes tramos de edad.

Con el fin de explorar las relaciones de la dependencia de los adultos mayores con otras dimensiones de la EPS-2004, se estudió la relación entre las categorías de la dependencia con variables sobre percepción de la salud, nivel educacional, estado civil y discapacidad. Los resultados del análisis son los siguientes:

#### Dependencia y estado de salud

Observado las respuestas a la pregunta a8. *¿Ud. Diría que su salud es?*, la mayoría de los adultos mayores, independiente de su condición de dependencia y género, percibe su salud como regular y mala. Los hombres que consideran que su salud es buena; el 19,9% corresponden a dependientes leves, un 11,1% son dependientes moderados y un 10,5% se categorizar como dependientes severos. En las mujeres esta situación es mejor y su participación porcentual en las categorías de dependencia leve, moderada y severa es del orden del 20,7%, 9,8% y 5,7%, respectivamente.

**Tabla 27: Categorías de dependencia según estado de salud y género. Chile EPS-2004**

Tabla 27: a8 ud. diría que su salud es:

DEPENDENCIA	hombre							
	muy buena	buena	regular	mala	muy mala	no sabe/no está seguro	excelente	total
LEVE	0,0	19,9	53,0	25,8	1,3	0,0	0,0	100,0
MODERADA	3,0	11,1	47,6	32,9	5,4	0,0	0,0	100,0
SEVERA	0,0	10,5	29,0	44,1	14,4	1,0	0,0	100,0
DEPENDENCIA	mujer							
	muy buena	buena	regular	mala	muy mala	no sabe/no está seguro	excelente	total
LEVE	1,5	20,7	44,6	28,3	2,9	0,0	1,9	100,0
MODERADA	0,7	9,8	46,5	34,5	7,3	0,8	0,4	100,0
SEVERA	0,0	5,7	34,6	43,7	16,0	0,0	0,0	100,0

Fuente: Elaboración propia en base a información de Encuesta de Protección Social - EPS 2004

## Dependencia y nivel educacional

El resultado entregado por la pregunta a10. *¿ A que nivel educacional corresponde?*, demuestra que la mayoría de los adultos mayores se concentran en las categorías de analfabetos, preparatoria (sistema antiguo), básica y humanidades (sistema antiguo). Esta condición se da en todos los tipos de dependencia, así como para hombres y mujeres.

**Tabla 28: Categorías de dependencia según nivel de educación y género. EPS-2004**

Tabla 28: a10 ¿ a qué nivel educacional corresponde?

DEPENDENCIA	hombre											
	no sabe/no está seguro	ninguna (o analfabeto)	preparatoria (s. antiguo)	básica	humanidades (s.antiguo)	media científica-humanista	técnica, comercial, normalista, industrial (s.antiguo)	media técnica-profesional	superior en instituto profesional	superior en universidad	magister o postgrado	Total
LEVE	0,0	13,5	45,0	9,7	26,0	0,0	0,8	1,5	2,5	1,1	0,0	100,0
MODERADA	3,0	16,1	47,9	11,4	13,3	4,5	1,9	0,0	0,0	1,8	0,0	100,0
SEVERA	0,0	18,0	43,5	14,0	19,5	1,3	2,3	0,0	0,7	0,7	0,0	100,0
DEPENDENCIA	mujer											
	no sabe/no está seguro	ninguna (o analfabeto)	preparatoria (s. antiguo)	básica	humanidades (s.antiguo)	media científica-humanista	técnica, comercial, normalista, industrial (s.antiguo)	media técnica-profesional	superior en instituto profesional	superior en universidad	magister o postgrado	Total
LEVE	0,0	12,8	40,3	14,6	15,1	2,4	6,6	0,0	4,4	3,8	0,0	100,0
MODERADA	0,4	16,1	45,0	11,0	20,9	1,6	2,3	0,8	0,0	1,3	0,6	100,0
SEVERA	2,7	20,1	50,1	10,5	12,0	1,3	2,3	0,5	0,0	0,6	0,0	100,0

Fuente: Elaboración propia en base a información de Encuesta de Protección Social - EPS 2004

## Dependencia y estado civil

La condición civil en que se encuentran los adultos mayores, por tipo de dependencia y género, nos muestra y confirma de manera sutil la longevidad de las mujeres por sobre los hombres. En primer lugar, la mayoría de los adultos mayores posee la condición civil de casado o viudos, lo interesante de estas dos tipologías, es que al sumar, independiente del grado de dependencia, los casados y solteros, tendrán para ambos sexos similar importancia relativa, la diferencia es que existen más mujeres viudas que hombres y en condición contraria, existen mas hombres casados que mujeres.

**Tabla 29: Categorías de dependencia según estado civil y género. Chile EPS-2004**

Tabla 29: a7 ¿ cuál es su estado civil actual?

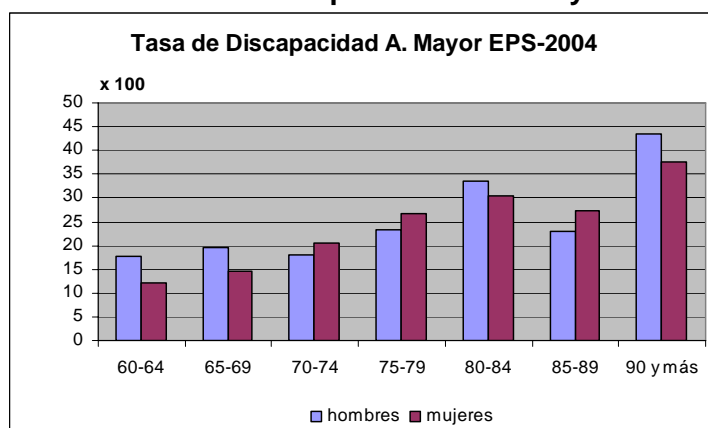
DEPENDENCIA	hombre							
	casado(a)	conviviente	anulado(a)	separado(a) de unión legal	separado(a) de unión de hecho	viudo(a)	soltero(a)	total
LEVE	66,11	4,99	0,00	0,00	1,06	17,32	10,52	100,00
MODERADO	63,27	5,06	0,00	2,85	9,70	12,72	6,40	100,00
SEVERO	60,44	3,90	0,00	0,00	1,20	20,60	13,87	100,00
DEPENDENCIA	mujer							
	casado(a)	conviviente	anulado(a)	separado(a) de unión legal	separado(a) de unión de hecho	viudo(a)	soltero(a)	total
LEVE	37,81	1,39	0,00	3,18	1,48	42,31	13,83	100,00
MODERADO	35,90	2,66	0,00	1,87	3,92	45,34	10,32	100,00
SEVERO	34,31	1,84	1,26	1,00	3,02	44,74	13,82	100,00

Fuente: Elaboración propia en base a información de Encuesta de Protección Social - EPS 2004

## Dependencia y situación de discapacidad

La Encuesta EPS-2004 permite explorar la relación entre discapacidad y dependencia. La pregunta F 31 de la EPS-2004 recoge datos sobre la discapacidad. En esta cohorte, la tasa global de prevalencia de discapacidad, entendiéndose como tal, si la persona declaró tener algún tipo de discapacidad o invalidez en la Encuesta, fue de 20,6% en los hombres mayores de 60 años de edad y de 19,2% en las mujeres, del mismo grupo etáreo.

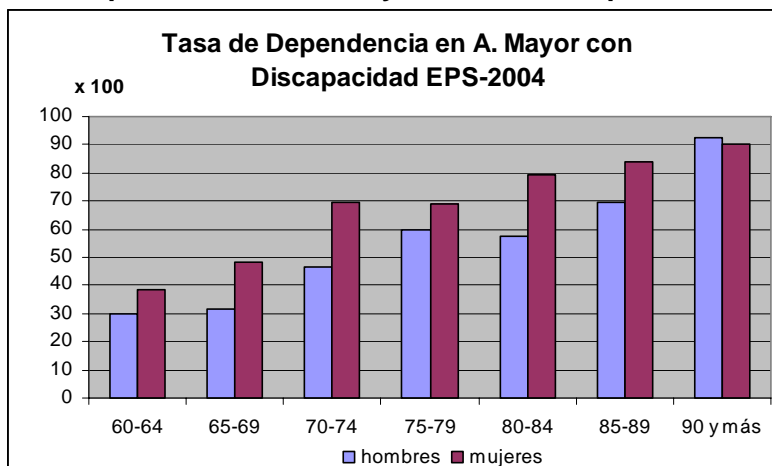
**Gráfico 8: Tasa de Prevalencia de Discapacidad en A. Mayores Chile .EPS 2004**



Fuente: Elaboración propia en base a datos de Encuesta de Protección Social EPS-2004

La tasa de discapacidad aumenta con la edad de las personas mayores y existen diferencias entre ambos géneros. Los hombres se ven más afectados por la discapacidad en las edades extremas del rango etáreo. Por otra parte, cuando se analiza la relación entre discapacidad y dependencia en la cohorte, es decir, identificar a los sujetos con algún grado de dependencia dentro de aquellos que declaran discapacidad o invalidez, la tasa de prevalencia es de 55,4 % en los hombres y de 68,4 % en las mujeres mayores de 60 años. La dependencia es más frecuente en la mujeres discapacitadas que en los hombres con ésta condición, en todos los tramos de edad, excepto en los mayores de 90 años.

**Gráfico 9: Tasa de Dependencia en A. Mayores con Discapacidad Chile .EPS 2004**



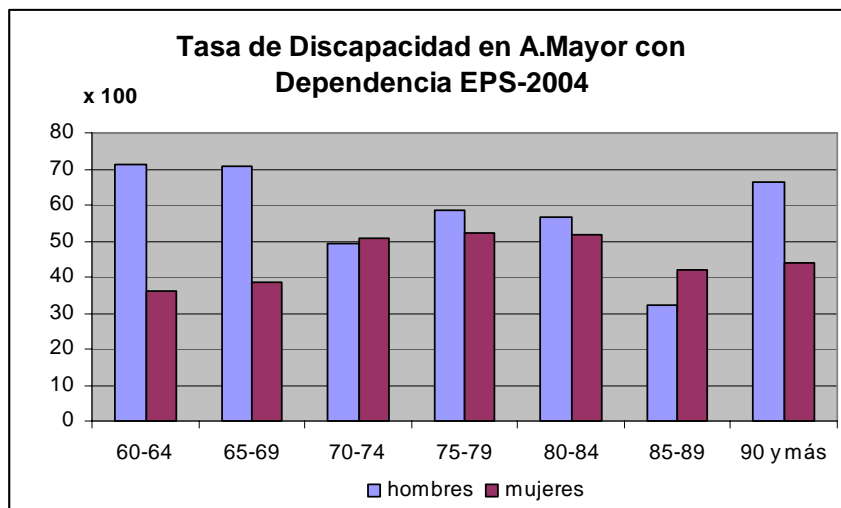
Fuente: Elaboración propia en base a datos de Encuesta de Protección Social EPS-2004



Por otra parte, entre los adultos mayores hombres discapacitados, el 6,9% han sido categorizados como dependientes leves, 12,5% moderados y 24,7% severos. Entre las mujeres la distribución es la siguiente: 11,0% dependientes leves, 19,0% moderadas y 33,2% dependientes severas.

Finalmente, al analizar la relación inversa, es decir, la prevalencia de la discapacidad entre aquellas personas que declaran algún grado de dependencia, la tasa es de 59,5% entre los hombres mayores de 60 años y de 46,1% en las mujeres, respectivamente.

**Gráfico 10: Tasa de Discapacidad en A. Mayores con Dependencia Chile. EPS 2004**



Fuente: Elaboración propia en base a datos de Encuesta de Protección Social EPS-2004

Entre los hombres con dependencia categorizada como leve, el 33,1% presenta algún tipo de discapacidad o de invalidez; en los categorizados como moderados, esta cifra alcanza un 50,8% y en los casos con dependencia severa, el 77,9% presentan algún tipo de discapacidad.

Por su parte, entre las mujeres con dependencia leve el 31,8% declara discapacidad o invalidez, cifra que se eleva a el 38,4% entre las mujeres con dependencia moderada y a un 61,9% cuando la dependencia es categorizada como severa.

## VI. Discusión

La revisión de la literatura disponible, en particular para el caso chileno, muestra que a pesar de la confirmación del proceso de envejecimiento poblacional acelerado que vive nuestro país, el tema se encuentra presente o restringido a la discusión especializada, en particular asociada al ámbito de la salud. Aún al día de hoy, no es una discusión sistemática en la agenda política o social, a pesar de que, desde la perspectiva de políticas públicas, desde 1990, se ha avanzado en la formación de institucionalidad a través de la creación del Servicio Nacional del Adulto Mayor y la implementación gradual de programas y beneficios sociales que favorecen a los Adultos mayores mas pobres.

En nuestro país, no es infrecuente que el concepto de dependencia sea sinónimo de discapacidad. Se puede ser discapacitado sin ser dependiente y viceversa. La discapacidad es un concepto asociado a una pérdida de funcionalidad física o cognitiva que dificulta la interacción de la persona con su medio. La dependencia por su parte, implica la concurrencia de la ayuda de terceros para realizar las actividades de la vida cotidiana. Lo relevante de ambos conceptos, es el énfasis en la dimensión social sobre lo estrictamente sanitario.

De acuerdo a nuestra revisión, no existen en Chile estudios específicos sobre dependencia. De hecho, los estudios presentados en este documento son la única fuente disponible, relativamente actualizada y de las cuales hemos podido aproximarnos al análisis de la dependencia en el adulto mayor. El diseño de estos estudios ha sido desarrollado desde el ámbito de la salud, la discapacidad o la calidad de vida y cuyos objetivos han sido, determinar prevalencias de deficiencias que afectan a la población en general y no específicamente a los adultos mayores. Si bien es cierto, que en todos ellos podemos identificar preguntas que ofrecen datos aislados sobre ABVD o AIVD o una mezcla de ambas, éstas no pueden ser usadas para un análisis detallado de la situación de la dependencia en el país, ni menos aún para hacer proyecciones.

Sin embargo, y considerando los supuestos y limitaciones metodológicas que pueden esgrimirse al interpretar los resultados de las Encuestas de FONADIS y SABE, podemos aproximarnos a una cifra de dependencia en los adultos mayores en nuestro país. De la encuesta de FONADIS se puede concluir que el 27,4% de los adultos mayores con discapacidad severa, requieren de cuidados de terceros. Por otra parte, en el estudio SABE, se demostró que el 19,2% de los mayores de 60 años, presentaron una o más limitaciones en ABVD, siendo las mujeres (25,1%), significativamente más afectadas que los hombres( 17,3%). Por tanto, podemos concluir que la información actualmente disponible, es insuficiente para caracterizar adecuadamente la magnitud y severidad de la dependencia de los adultos mayores.

El análisis realizado en este estudio desde la EPS 2004 muestra que el 78,6% de los adultos mayores es autónomo o autovalente, versus un **21,4%** que se declara dependiente en al menos una actividad. Lo adultos mayores autovalentes, presentan porcentajes similares de distribución por género (50,3% hombres y 49,7% mujeres), no así en los casos con dependencia que afecta en forma más marcada a las mujeres, y que en esta muestra, representan el 65,2% de los adultos mayores dependientes respecto del 21,4% de hombres. Se observa además que a medida que la edad avanza, disminuye el porcentaje de autovalentes.

Dado que las preguntas orientadas a identificar dependencia en la EPS-2004 utilizan algunas ABVD y solo con una opción dicotómica, no es posible identificar gradualidades o categorías dentro de la dependencia, cuestión fundamental para orientar programas y acciones específicas en este ámbito. Por ello, una de las conclusiones relevantes de este estudio es que urge el desarrollo y aplicación de un instrumento orientado específicamente a medir dependencia y aplicable a toda la población, ya que si bien, en este trabajo el grupo objetivo es el adulto mayor, tanto la dependencia como la discapacidad afectan a toda la población y las estrategias para abordarla también estarán asociadas a condiciones de edad, situación económica, entorno físico y un sinnúmero de elementos que no se abordan en este estudio, si bien se dejan traslucir en el capítulo que corresponde al análisis de los modelos y teorías explicativas de la dependencia.

Finalmente, un aspecto más de tipo sociológico, que se plantea en la frase inicial de este estudio “La vejez no será sino lo que quiera que sea, la sociedad que la crea” que entrega un marco general de política pública relativa al tema de dependencia y de los adultos mayores en general. Desde una perspectiva de largo plazo<sup>25</sup>, es la necesidad de abordar el desafío sobre el cambio cultural que implica la etapa de transición demográfica avanzada en que nos encontramos, lo que se traduce en una población envejecida, en un país donde culturalmente se otorga una alta valoración a la juventud y –en la práctica cotidiana- se considera a la vejez como un estado de la vida en el que la persona se transforma en una carga para la sociedad y para la familia y cuya expresión más injusta es la exclusión social.

En este marco, la práctica social opta por no “ver” a las y los adultos mayores, descalificarlos y disminuir su importancia y valor dentro de la sociedad, generándose de esta manera una cultura de marginación de las personas mayores. El gran desafío como sociedad es reconocerlos, hacerlos “visibles”, y en definitiva, incorporar de manera significativa a este grupo etéreo en el diseño de políticas públicas. Además, en cuanto individuo, el adulto mayor requiere recuperar su propia valoración, tener conciencia de sus posibilidades de aportar a la sociedad, y que ésta a la vez, reconozca y valore estos aportes. En este punto, nos parece oportuno recordar que desde la perspectiva del ciclo vital, es posible formular políticas públicas orientadas a mantener la interacción social y cultural entre las distintas etapas de este ciclo (niñez, juventud ,adultez y vejez) .

A la fecha, las acciones sociales (planes y programas ) orientados a este grupo etéreo, generalmente presentan un fuerte componente asistencial, en parte producto de la percepción que tienen los propios tomadores de decisiones respecto de la vejez (“sector pasivo”) y también como resultado de la falta de posicionamiento del tema del envejecimiento poblacional en la agenda pública, lo que ha determinado una preocupante postergación de la acciones sociales y sanitarias tendientes a hacerse cargo de los efectos e impactos sociales, económicos y culturales de este acuciante fenómeno social.

Sin embargo, no se trata de presentar una visión pesimista ni catastrófica de este fenómeno, sino más bien, inducir y provocar una discusión general, profunda y sistémica del envejecimiento poblacional y en particular del tema de la dependencia de los adultos mayores, que afecta a nuestro país. Un marco propicio para esta discusión nacional puede ser, el Sistema de Protección Social propuesto por la Presidenta M. Bachelet.

---

<sup>25</sup> Diagnóstico de la situación del adulto y adulta mayor en Chile. GTIAM, Agosto 2007  
Departamento de Estudios y Desarrollo SIS, P. Olivares-Tirado. Departamento de Economía de la Salud  
MINSAL, C. Ibáñez. División Planificación Regional de MIDEPLAN, M España, V Miranda, M Gillmore  
Documento de Trabajo

## VII. Bibliografía

Abellán A, Puga M. Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC). Rev Mult Gerontol 2004;14(5):301-303

Casado, D. (2007): Efectos y abordajes de la dependencia: Un análisis económico. Masson, S.A. Colección Economía de la Salud y Gestión Sanitaria.

Bury, Mike (1996), "Envejecimiento, género y teoría sociológica", Relación entre género y envejecimiento, Narcea Ediciones. Madrid, 1996.

Rodríguez, Pilar (1995), "Investigación-Acción participativa como estímulo a la participación de las personas mayores", Voluntariado y Personas Mayores, IMSERSO, Madrid.

Pérez Ortiz, Lourdes (1997), Las necesidades de las personas mayores. Vejez, economía y sociedad. INSERSO. Madrid, España

FONADIS. Primer Estudio de la Discapacidad en Chile. 2005

Aranibar P. Acercamiento conceptual a la situación del adulto mayor en América Latina Serie Población y Desarrollo CEPAL/CELADE N° 21 Diciembre 2001.

Donald O. Cowgill, Lowell D. Holmes. Aging and Modernization. The American Journal of Sociology, Vol. 79, No. 3 (Nov., 1973)

Rose, A. (1965). The subculture of aging: A framework for research in social gerontology. In A. Rose & W. Peterson (Eds.), Older people and their social world (pp. 8-16). Philadelphia, PA: F.A. Davis.

Rodríguez, Pilar (1995), "Investigación-Acción participativa como estímulo a la participación de las personas mayores", Voluntariado y Personas Mayores, IMSERSO, Madrid.

Alba, Víctor (1997) "Paro, jubilación y envejecimiento prematuro", Gerontología y Salud: perspectivas actuales. José Buendía (ed). Madrid.

Libro Blanco Atención a las personas en situación de dependencia en España. Cap XI págs 3, 5. 2004.

Diagnóstico de la situación del adulto y adulta mayor en Chile. GTIAM, Agosto 2007

### VII.1 Apéndice Metodológico

Encuesta realizada por la Subsecretaría de Previsión Social entre los meses de Noviembre de 2004 y Mayo de 2005. La aplicación de la encuesta fue realizada por el Centro de Microdatos del Departamento de Economía de la Universidad de Chile, al igual como ocurrió con la EPS 2002.

La Encuesta de Protección Social (EPS), aplicada por primera vez el año 2002 y posteriormente el año 2004 y 2005, constituye el primer estudio de tipo panel, de una muestra longitudinal, que se realiza sistemáticamente en Chile sobre una muestra representativa de individuos.

Este aspecto es de crucial importancia para el estudio de las dinámicas de la población y constituye el estándar internacional para la investigación y análisis científico en el área socioeconómica. Durante el año 2006, se implementará nuevamente esta Encuesta.

Con este instrumento, Chile se pone a la altura de las recomendaciones internacionales en materia de recolección de información socioeconómica, como las de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE). La EPS 2004 ha ampliado su foco desde el ámbito de las pensiones al de la Protección social.

Específicamente, en materia de contenidos, la EPS 2004:

- reformula el módulo de ingresos individuales y del hogar, para capturar de mejor modo el ingreso anual; incluye un módulo especial que permite describir la situación de activos y patrimonio de los encuestados. Las dimensiones abordadas son vivienda, bienes raíces, bienes durables, ahorros e inversiones, maquinarias y equipos, empresas, negocios y deudas; incluye un módulo especial en el ámbito de salud con contenidos referidos a la cobertura de salud; indicadores antropométricos; hábitos y prácticas vinculadas con el estado de salud; asistencia a centros de salud; características de las prestaciones de salud, incluyendo financiamiento; diagnóstico de condiciones médicas específicas; y salud laboral;
- Se amplió su marco muestral, adicionando una muestra representativa de personas no afiliadas al sistema de pensiones. De esta manera, sus resultados permiten, a partir de la versión 2004, obtener conclusiones relevantes para el total de la población nacional. En particular, la EPS 2004 posibilita examinar el grupo importante de no afiliados como sujeto de políticas públicas;
- La Encuesta se volvió a aplicar a los individuos entrevistados el año 2002. De esta manera, la EPS se constituye en la primera encuesta longitudinal o de panel de envergadura que se realiza en nuestro país

#### Marco muestral

La EPS 2002 se diseñó como una muestra representativa de la población de 15 años y más, afiliada al sistema de pensiones. Más precisamente, se seleccionó una muestra de todos los individuos afiliados al sistema de pensiones (INP o AFP) entre 1981 y Agosto de 2001 a partir de un listado innominado del total de afiliados proveniente del INP y la Superintendencia de AFP. La razón por la cual se utilizó este marco muestral fue que la

principal pregunta de la autoridad era la densidad de cotizaciones de los afiliados al sistema y para esta población se tenía el universo de individuos.

La principal innovación de la EPS 2004 fue incorporar a la población no afiliada al sistema de pensiones. Un ajuste menor fue ajustar la nueva muestra a individuos que al menos tuvieran 18 años a Diciembre de 2003. El procedimiento para realizar esta ampliación del marco muestral fue el siguiente:

- Se procedió a actualizar el listado total de afiliados, a Diciembre de 2003. El total de afiliados ascendió a 8,75 millones de personas, correspondiendo a nuevos afiliados (afiliados entre Agosto de 2001 y Diciembre de 2003) algo menos de 600 mil personas.
- De acuerdo a la información proveniente del Censo de Población y Vivienda de Abril de 2002, la proyección de mayores de 18 años a Diciembre de 2003 ascendió a algo más de 11 millones de personas.

- Por consiguiente, el universo estimado de no afiliados es de 2,45 millones de personas.

- Para obtener un marco muestral de no afiliados a Diciembre de 2003 se utilizó información proveniente de un empadronamiento de hogares a nivel nacional realizado en Diciembre de 2003 por el Centro de Microdatos del Departamento de Economía de la Universidad de Chile<sup>19</sup>. De este empadronamiento se obtuvo, además de la composición etaria y por género del hogar, la respuesta a una pregunta sobre afiliación al sistema de pensiones equivalente a la realizada en el cuestionario de la EPS 2002.

De aquí se obtuvo, entonces, un listado de individuos de 18 años y más no afiliado al sistema de pensiones. Es de este listado del que se obtiene una muestra que se utiliza en la EPS 2004.

- La muestra de no afiliados se obtiene siguiendo los mismos procedimientos aplicados el año 2002 para la obtención de la muestra de afiliados. En una primera etapa se seleccionaron las comunas ya utilizadas para la selección de afiliados. En una segunda etapa se seleccionó a un grupo de no afiliados dentro de cada comuna seleccionada en proporción a la población de cada comuna.

En consecuencia, a partir de 2004, la EPS se basa en una muestra que es representativa de la población total del país de 18 años y más, a Diciembre de 2003.

El trabajo de campo para la toma y recolección de las encuestas se realizó entre los meses de Noviembre de 2004 y Mayo de 2005.

El número de encuestas realizadas ascendió a casi 17.000, de las cuales 940 pertenecen a nuevos afiliados, 2.860 a no afiliados y aproximadamente 13.200 a entrevistados afiliados que fueron encuestados en la EPS 2002 (de estos últimos, en 266 casos se aplicó un cuestionario a sobrevivientes al haber fallecido el entrevistado del año 2002).

### **Procesamiento de la información para el universo Adulto Mayor.**

El objetivo de este apartado es presentar el rango de confianza, en cuanto a representatividad muestral, de los resultados analizados en la revisión de antecedentes para una evaluación de la situación de dependencia de los adultos mayores.

Se presentan las consultas realizadas sobre la muestra obtenida y la respectiva proyección de sus resultados. En su gran mayoría, estos corresponden al 100% de de

valores válidos, sin embargo, se observará que en algunas consultas este rango desciende notablemente.

#### Resumen del procesamiento de los casos

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
a6. ¿qué edad tiene? * a5. sexo	504566,9 <sup>a</sup>	100,0%	0	,0%	504566,9	100,0%

a. El número de casos válidos es diferente del recuento total de la tabla de contingencia porque se han redondeado las frecuencias de casilla.

#### Resumen del procesamiento de los casos

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
a6. ¿qué edad tiene? * a5. sexo	1848967 <sup>a</sup>	100,0%	0	,0%	1848967	100,0%

a. El número de casos válidos es diferente del recuento total de la tabla de contingencia porque se han redondeado las frecuencias de casilla.

#### Resumen del procesamiento de los casos

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
a7. ¿cuál es su estado civil actual? * a5. sexo	504566,9 <sup>a</sup>	100,0%	0	,0%	504566,9	100,0%

a. El número de casos válidos es diferente del recuento total de la tabla de contingencia porque se han redondeado las frecuencias de casilla.

#### Resumen del procesamiento de los casos

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
a7. ¿cuál es su estado civil actual? * a5. sexo	1848967 <sup>a</sup>	100,0%	0	,0%	1848967	100,0%

a. El número de casos válidos es diferente del recuento total de la tabla de contingencia porque se han redondeado las frecuencias de casilla.

#### Resumen del procesamiento de los casos

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
a8. ud. diría que su salud es: * a5. sexo	504566,9 <sup>a</sup>	100,0%	0	,0%	504566,9	100,0%

a. El número de casos válidos es diferente del recuento total de la tabla de contingencia porque se han redondeado las frecuencias de casilla.

**Resumen del procesamiento de los casos**

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
a8. ud. diría que su salud es: * a5. sexo	1848967 <sup>a</sup>	100,0%	0	,0%	1848967	100,0%

a. El número de casos válidos es diferente del recuento total de la tabla de contingencia porque

**Resumen del procesamiento de los casos**

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
a10. ¿a qué nivel educacional corresponde? * a5. sexo	504566,9 <sup>a</sup>	100,0%	0	,0%	504566,9	100,0%

a. El número de casos válidos es diferente del recuento total de la tabla de contingencia porque se han redondeado las frecuencias de casilla.

**Resumen del procesamiento de los casos**

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
a10. ¿a qué nivel educacional corresponde? * a5. sexo	1848967 <sup>a</sup>	100,0%	0	,0%	1848967	100,0%

a. El número de casos válidos es diferente del recuento total de la tabla de contingencia porque se han redondeado las frecuencias de casilla.

**Resumen del procesamiento de los casos**

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
c17. en los últimos 12 meses, ¿recibió ingresos por: jubilación? * a5. sexo	504566,9 <sup>a</sup>	100,0%	0	,0%	504566,9	100,0%
c17. en los últimos 12 meses, ¿recibió ingresos por: pensión de invalidez? * a5. sexo	504566,9 <sup>a</sup>	100,0%	0	,0%	504566,9	100,0%
c17. en los últimos 12 meses, ¿recibió ingresos por: pensión de vejez? * a5. sexo	504566,9 <sup>a</sup>	100,0%	0	,0%	504566,9	100,0%
c17. en los últimos 12 meses, ¿recibió ingresos por: pensión de viudez (montepío * a5. sexo	504566,9 <sup>a</sup>	100,0%	0	,0%	504566,9	100,0%
c17. en los últimos 12 meses, ¿recibió ingresos por: pensión de orfandad? * a5. sexo	504566,9 <sup>a</sup>	100,0%	0	,0%	504566,9	100,0%
c17. en los últimos 12 meses, ¿recibió ingresos por: seguro de cesantía? * a5. sexo	504566,9 <sup>a</sup>	100,0%	0	,0%	504566,9	100,0%
c17. en los últimos 12 meses, ¿recibió otro tipo de ingresos: otro? * a5. sexo	504566,9 <sup>a</sup>	100,0%	0	,0%	504566,9	100,0%
c17. en los últimos 12 meses, no recibió ningún ingreso de este tipo * a5. sexo	504566,9 <sup>a</sup>	100,0%	0	,0%	504566,9	100,0%

a. El número de casos válidos es diferente del recuento total de la tabla de contingencia porque se han redondeado las frecuencias de casilla.



**Resumen del procesamiento de los casos**

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
c17. en los últimos 12 meses, ¿recibió ingresos por: jubilación? * a5. sexo	1848967 <sup>a</sup>	100,0%	0	,0%	1848967	100,0%
c17. en los últimos 12 meses, ¿recibió ingresos por: pensión de invalidez? * a5. sexo	1848967 <sup>a</sup>	100,0%	0	,0%	1848967	100,0%
c17. en los últimos 12 meses, ¿recibió ingresos por: pensión de vejez? * a5. sexo	1848967 <sup>a</sup>	100,0%	0	,0%	1848967	100,0%
c17. en los últimos 12 meses, ¿recibió ingresos por: pensión de viudez (montepío * a5. sexo	1848967 <sup>a</sup>	100,0%	0	,0%	1848967	100,0%
c17. en los últimos 12 meses, ¿recibió ingresos por: pensión de orfandad? * a5. sexo	1848967 <sup>a</sup>	100,0%	0	,0%	1848967	100,0%
c17. en los últimos 12 meses, ¿recibió ingresos por: seguro de cesantía? * a5. sexo	1848967 <sup>a</sup>	100,0%	0	,0%	1848967	100,0%
c17. en los últimos 12 meses, ¿recibió otro tipo de ingresos: otro? * a5. sexo	1848967 <sup>a</sup>	100,0%	0	,0%	1848967	100,0%
c17. en los últimos 12 meses, no recibió ningún ingreso de este tipo * a5. sexo	1848967 <sup>a</sup>	100,0%	0	,0%	1848967	100,0%
c17. ¿qué otro tipo de ingreso recibió? * a5. sexo	6969,129 <sup>a</sup>	,4%	1841998	99,6%	1848967	100,0%

a. El número de casos válidos es diferente del recuento total de la tabla de contingencia porque se han redondeado las frecuencias de casilla.

**Resumen del procesamiento de los casos**

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
e79. ¿está ud. jubilado o pensionado por alguno de los siguientes motivos? * a5. sexo	504566,9 <sup>a</sup>	100,0%	0	,0%	504566,9	100,0%
e79. ¿declaró esta pensión en el módulo de ingresos? * a5. sexo	267687,2 <sup>a</sup>	53,1%	236879,8	46,9%	504566,9	100,0%
e79. ¿cuál es la institución que le paga esta jubilación o pensión? * a5. sexo	16134,118 <sup>a</sup>	3,2%	488432,8	96,8%	504566,9	100,0%
e79. ¿qué institución es esta? * a5. sexo					9	100,0%
e79. ¿qué institución es esta? * a5. sexo					9	100,0%
e79. ¿está ud. jubilado o pensionado por alguno de los siguientes motivos? * a5. sexo	1848967 <sup>a</sup>	100,0%	0	,0%	1848967	100,0%

a. El número de casos válidos es diferente del recuento total de la tabla de contingencia porque se han redondeado las frecuencias de casilla.

ancia porque se

han redondeado las frecuencias de casilla.

En este caso se observa que sólo la pregunta que confirma la condición de jubilado presenta un alto porcentaje de casos válidos, de hecho, el 100%. Sin embargo, cuando se requiere de mayor precisión respecto de las condiciones de jubilación, la validez de la muestra desciende abruptamente al 53,1% para llegar a un mínimo de 0,2%.

#### Resumen del procesamiento de los casos

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
f1. ¿a qué sistema previsional de salud pertenece ud.? * a5. sexo	504566,9 <sup>a</sup>	100,0%	0	,0%	504566,9	100,0%
f1. ¿a qué otro sistema previsional de salud pertenece? * a5. sexo	1006,102 <sup>a</sup>	,2%	503560,8	99,8%	504566,9	100,0%

a. El número de casos válidos es diferente del recuento total de la tabla de contingencia porque se han redondeado las frecuencias de casilla.

#### Resumen del procesamiento de los casos

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
f1. ¿a qué sistema previsional de salud pertenece ud.? * a5. sexo	1848967 <sup>a</sup>	100,0%	0	,0%	1848967	100,0%

a. El número de casos válidos es diferente del recuento total de la tabla de contingencia porque se han redondeado las frecuencias de casilla.

#### Resumen del procesamiento de los casos

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
f11. ¿con qué regularidad practica ud. deporte o alguna actividad física? promed * a5. sexo	504566,9 <sup>a</sup>	100,0%	0	,0%	504566,9	100,0%

a. El número de casos válidos es diferente del recuento total de la tabla de contingencia porque se han redondeado las frecuencias de casilla.

#### Resumen del procesamiento de los casos

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
f11. ¿con qué regularidad practica ud. deporte o alguna actividad física? promed * a5. sexo	1848967 <sup>a</sup>	100,0%	0	,0%	1848967	100,0%

a. El número de casos válidos es diferente del recuento total de la tabla de contingencia porque se han redondeado las frecuencias de casilla.

**Resumen del procesamiento de los casos**

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
f12. ¿cuál es su estatura? (cms.) * a5. sexo	504566,9 <sup>a</sup>	100,0%	0	,0%	504566,9	100,0%
f12. ¿en qué tramo cree ud. que está su estatura? * a5. sexo	36084,594 <sup>a</sup>	7,2%	468482,4	92,8%	504566,9	100,0%

a. El número de casos válidos es diferente del recuento total de la tabla de contingencia porque se han redondeado las frecuencias de casilla.

**Resumen del procesamiento de los casos**

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
f12. ¿cuál es su estatura? (cms.) * a5. sexo	1848967 <sup>a</sup>	100,0%	0	,0%	1848967	100,0%
f12. ¿en qué tramo cree ud. que está su estatura? * a5. sexo	51467,362 <sup>a</sup>	2,8%	1797500	97,2%	1848967	100,0%

a. El número de casos válidos es diferente del recuento total de la tabla de contingencia porque se han redondeado las frecuencias de casilla.

**Resumen del procesamiento de los casos**

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
f13. ¿cuál es su peso actual? (kgs.) * a5. sexo	504566,9 <sup>a</sup>	100,0%	0	,0%	504566,9	100,0%
f13. ¿en qué tramo se ubica su peso actual? * a5. sexo	24878,844 <sup>a</sup>	4,9%	479688,1	95,1%	504566,9	100,0%

a. El número de casos válidos es diferente del recuento total de la tabla de contingencia porque se han redondeado las frecuencias de casilla.

**Resumen del procesamiento de los casos**

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
f13. ¿cuál es su peso actual? (kgs.) * a5. sexo	1848967 <sup>a</sup>	100,0%	0	,0%	1848967	100,0%
f13. ¿en qué tramo se ubica su peso actual? * a5. sexo	31338,212 <sup>a</sup>	1,7%	1817629	98,3%	1848967	100,0%

a. El número de casos válidos es diferente del recuento total de la tabla de contingencia porque se han redondeado las frecuencias de casilla.

**Resumen del procesamiento de los casos**

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
f14. ¿ud. fuma actualmente? * a5. sexo	504566,9 <sup>a</sup>	100,0%	0	,0%	504566,9	100,0%
f14. ¿cuántos fuma en promedio? (cigarillos mensuales) * a5. sexo	28527,590 <sup>a</sup>	5,7%	476039,4	94,3%	504566,9	100,0%

a. El número de casos válidos es diferente del recuento total de la tabla de contingencia porque se han redondeado las frecuencias de casilla.

**Resumen del procesamiento de los casos**

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
f14. ¿ud. fuma actualmente? * a5. sexo	1848967 <sup>a</sup>	100,0%	0	,0%	1848967	100,0%
f14. ¿cuántos fuma en promedio? (cigarillos mensuales) * a5. sexo	271888,6 <sup>a</sup>	14,7%	1577079	85,3%	1848967	100,0%

a. El número de casos válidos es diferente del recuento total de la tabla de contingencia porque se han redondeado las frecuencias de casilla.

**Resumen del procesamiento de los casos**

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
f15. consume bebidas alcoholicas: ¿cerveza? * a5. sexo	504566,9 <sup>a</sup>	100,0%	0	,0%	504566,9	100,0%
f15. consume bebidas alcoholicas: ¿vino? * a5. sexo	504566,9 <sup>a</sup>	100,0%	0	,0%	504566,9	100,0%
f15. consume bebidas alcoholicas: ¿pisco u otros licores? * a5. sexo	504566,9 <sup>a</sup>	100,0%	0	,0%	504566,9	100,0%
f15. consume bebidas alcoholicas: ¿no consume? * a5. sexo	504566,9 <sup>a</sup>	100,0%	0	,0%	504566,9	100,0%
f15. en el último mes, ¿cuántos días a la semana en promedio consumió: cerveza? * a5. sexo	19157,098 <sup>a</sup>	3,8%	485409,8	96,2%	504566,9	100,0%
f15. en el último mes, ¿cuántos días a la semana en promedio consumió: vino? * a5. sexo	56972,271 <sup>a</sup>	11,3%	447594,7	88,7%	504566,9	100,0%
f15. en el último mes, ¿cuántos días a la semana en promedio consumió: pisco u o * a5. sexo	14950,522 <sup>a</sup>	3,0%	489616,4	97,0%	504566,9	100,0%
f15. ¿cuántos vasos copas tomó: cerveza? * a5. sexo	19157,098 <sup>a</sup>	3,8%	485409,8	96,2%	504566,9	100,0%
f15. ¿cuántos vasos copas tomó: vino? * a5. sexo	56972,271 <sup>a</sup>	11,3%	447594,7	88,7%	504566,9	100,0%
f15. ¿cuántos vasos copas tomó: pisco u otros licores? * a5. sexo	14950,522 <sup>a</sup>	3,0%	489616,4	97,0%	504566,9	100,0%

a. El número de casos válidos es diferente del recuento total de la tabla de contingencia porque se han redondeado las frecuencias de casilla.

**Resumen del procesamiento de los casos**

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
f15. consume bebidas alcoholicas: ¿cerveza? * a5. sexo	1848967 <sup>a</sup>	100,0%	0	,0%	1848967	100,0%
f15. consume bebidas alcoholicas: ¿vino? * a5. sexo	1848967 <sup>a</sup>	100,0%	0	,0%	1848967	100,0%
f15. consume bebidas alcoholicas: ¿pisco u otros licores? * a5. sexo	1848967 <sup>a</sup>	100,0%	0	,0%	1848967	100,0%
f15. consume bebidas alcoholicas: ¿no consume? * a5. sexo	1848967 <sup>a</sup>	100,0%	0	,0%	1848967	100,0%
f15. en el último mes, ¿cuántos días a la semana en promedio consumió: cerveza? * a5. sexo	203638,0 <sup>a</sup>	11,0%	1645329	89,0%	1848967	100,0%
f15. en el último mes, ¿cuántos días a la semana en promedio consumió: vino? * a5. sexo	459286,5 <sup>a</sup>	24,8%	1389681	75,2%	1848967	100,0%
f15. en el último mes, ¿cuántos días a la semana en promedio consumió: pisco u o * a5. sexo	99231,127 <sup>a</sup>	5,4%	1749736	94,6%	1848967	100,0%
f15. ¿cuántos vasos o copas tomó: cerveza? * a5. sexo	203638,0 <sup>a</sup>	11,0%	1645329	89,0%	1848967	100,0%
f15. ¿cuántos vasos o copas tomó: vino? * a5. sexo	459286,5 <sup>a</sup>	24,8%	1389681	75,2%	1848967	100,0%
f15. ¿cuántos vasos o copas tomó: pisco u otros licores? * a5. sexo	99231,127 <sup>a</sup>	5,4%	1749736	94,6%	1848967	100,0%

a. El número de casos válidos es diferente del recuento total de la tabla de contingencia porque se han redondeado las frecuencias de casilla.

**Resumen del procesamiento de los casos**

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
f16. ¿necesita ayuda o tiene dificultad para realizar: ejercicio extenuante o in * a5. sexo	504566,9 <sup>a</sup>	100,0%	0	,0%	504566,9	100,0%
f16. ¿necesita ayuda o tiene dificultad para realizar: caminar largas distancias * a5. sexo	504566,9 <sup>a</sup>	100,0%	0	,0%	504566,9	100,0%
f16. ¿necesita ayuda o tiene dificultad para realizar: subir escalas? * a5. sexo	504566,9 <sup>a</sup>	100,0%	0	,0%	504566,9	100,0%
f16. ¿necesita ayuda o tiene dificultad para realizar: bañarse? * a5. sexo	504566,9 <sup>a</sup>	100,0%	0	,0%	504566,9	100,0%
f16. ¿necesita ayuda o tiene dificultad para realizar: vestirse? * a5. sexo	504566,9 <sup>a</sup>	100,0%	0	,0%	504566,9	100,0%
f16. ¿necesita ayuda o tiene dificultad para realizar: comer? * a5. sexo	504566,9 <sup>a</sup>	100,0%	0	,0%	504566,9	100,0%
f16. ¿necesita ayuda o tiene dificultad para realizar: salir de su cama? * a5. sexo	504566,9 <sup>a</sup>	100,0%	0	,0%	504566,9	100,0%
f16. ¿necesita ayuda o tiene dificultad para realizar: no necesita ayuda? * a5. sexo	504566,9 <sup>a</sup>	100,0%	0	,0%	504566,9	100,0%

a. El número de casos válidos es diferente del recuento total de la tabla de contingencia porque se han redondeado las frecuencias de casilla.

**Resumen del procesamiento de los casos**

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
a4. ¿qué relación de parentesco tiene ud. con el jefe de hogar? * a5. sexo	504566,9 <sup>a</sup>	100,0%	0	,0%	504566,9	100,0%

a. El número de casos válidos es diferente del recuento total de la tabla de contingencia porque se han redondeado las frecuencias de casilla.

**Resumen del procesamiento de los casos**

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
a4. ¿qué relación de parentesco tiene ud. con el jefe de hogar? * a5. sexo	1848967 <sup>a</sup>	100,0%	0	,0%	1848967	100,0%

a. El número de casos válidos es diferente del recuento total de la tabla de contingencia porque se han redondeado las frecuencias de casilla.