

SERVICIOS FORMALES PARA LA DEPENDENCIA Y ARREGLOS RESIDENCIALES DE LA POBLACIÓN MAYOR

Un estudio comparado en países iberoamericanos

Nélida Redondo, Sagrario Garay, Fermina Rojo-Pérez, Vicente Rodríguez, Carolina Guidotti y Verónica Montes de Oca

Resumen

El estudio se propuso investigar la relación observable entre el tipo y cantidad de limitaciones permanentes de las personas mayores de 65 años y el tipo de hogar en el que residen en tres países latinoamericanos y en España. El marco de referencia es la formulación de Hennessy (1995) acerca del impacto de los servicios formales para la dependencia sobre las modalidades en las que las familias organizan sus vidas. Tanto el análisis descriptivo como los modelos de regresión mostraron que el tipo y la cantidad de limitaciones permanentes están asociados a los tipos de hogar. Asimismo, se observaron diferencias entre las modalidades de allegamiento residencial en España, único país que desarrolló servicios formales para la dependencia, con respecto a los países latinoamericanos. Los resultados del estudio permitieron ratificar la hipótesis de Hennessy.

Introducción

América Latina y el Caribe será una de las regiones del mundo que, en los próximos quince años, tendrá el crecimiento más rápido de población mayor, frente a otras regiones como Europa y América del Norte, que observarán un aumento sustancial pero ralentizado (UNITED NATIONS, 2015). Se trata de un escenario que genera nuevas realidades sociales y requiere adecuaciones en las políticas, en los servicios sociales públicos y privados y en los entornos comunitarios. El alargamiento del promedio de vida de la población implica el aumento de la cantidad y proporción de adultos mayores que viven con limitaciones permanentes durante períodos prolongados debido a problemas físicos o cognitivos que afectan su autovalimiento para el desempeño en la vida cotidiana (GASCÓN-REDONDO, 2014:5). En la actualidad existe consenso acerca de la ventaja, la conveniencia y el deseo de la mayoría de las personas mayores de envejecer en casa (NACIONES UNIDAS, 2003), si se mantienen las condiciones de dignidad y confort, aunque haya limitaciones permanentes que afecten el autovalimiento.

Con el propósito de compensar la carga del cuidado en la esfera doméstica, el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento de 2002 (NACIONES UNIDAS, 2003) recomienda a los países miembros encarar programas integrales de apoyo a las personas mayores con limitaciones permanentes basados en la comunidad.

El objetivo es facilitar y aliviar las tareas de los familiares que proporcionan cuidados y atención e impulsar planes de infraestructura y transporte público que generen entornos amigables para la integración y el bienestar de las personas de todas las edades con algún tipo de discapacidad.

El estudio que aquí se presenta se propuso proporcionar información de interés para la programación de servicios de apoyo a las personas mayores con limitaciones permanentes. Se presenta el análisis comparado de la relación observable entre el tipo y la cantidad de limitaciones permanentes y las modalidades residenciales de las personas mayores en tres países latinoamericanos y en España. Se procura explorar el impacto que la implantación de servicios formales de base comunitaria para la atención a la dependencia exhibe sobre los arreglos residenciales de las familias.

En la primera parte se presenta el marco conceptual de referencia; a continuación se expone el estudio descriptivo de los entornos residenciales de las personas de 65 años y más con limitaciones permanentes, distinguiendo el tipo y la cantidad de discapacidades que padecen. Ambas variables categóricas se relacionan con el tipo (según la relación de parentesco con el jefe). En la tercera parte se incluye un modelo explicativo de las relaciones entre la cantidad y el tipo de limitaciones permanentes y el tipo de hogares en los que residen.

El análisis sigue la tesis de Hennessy (1995), según la cual en los países con poblaciones envejecidas, las políticas públicas para el cuidado de las personas mayores frágiles condicionan en la actualidad las formas en que las familias viven sus vidas, organizan sus propios tiempos biográficos para ahorro y gastos, o eligen vivir juntos o no en el mismo hogar.

La situación de los países iberoamericanos en materia de servicios de larga duración

En los países latinoamericanos, los sistemas de protección social a la vejez son herederos de la tradición “*familista*”, que caracterizó a los países europeos de Europa meridional (SAVAGE *et al.*, 2016). En este tipo de sistemas, la seguridad social ofrece cobertura de ingresos económicos y de salud para enfermedades, pero la responsabilidad de los cuidados a personas con discapacidad o dependencia es, esencialmente, de las familias. El Estado solamente interviene en casos de indigencia y abandono (ESPING-ANDERSEN, 1990 y 2002; SUNKEL, 2006). En el Panorama Social 2012 (CEPAL, 2012:189) se presentan datos proporcionados por las encuestas nacionales de gasto de distintos países latinoamericanos. La información muestra que el gasto en cuidado es más elevado en los hogares en los que residen adultos mayores que en los restantes, aun cuando en ellos vivan niños menores de cinco años. La necesidad de cuidados complejos en los niveles más severos de discapacidad erosiona la capacidad de apoyo intergeneracional e intra-familiar. Asimismo, en los países más envejecidos del cono sur del continente aumenta de manera notoria la proporción de hogares unigeneracionales, cuyos integrantes son en su totalidad mayores de 65 años (REDONDO *et al.*, 2015).

En este contexto, la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2012) formuló la advertencia de que la carencia de sistemas formales de cuidados de larga duración para la atención de personas con mayores con discapacidad iba a aumentar la ya marcada

desigualdad social de la región, perjudicando particularmente a las familias más pobres, debido a la menor participación laboral de las mujeres que deben volcar su esfuerzo a las tareas de cuidado en sus hogares. Tanto en México como en la Argentina está vigente la orientación “familista”. La seguridad social o la asistencia social estatal intervienen solamente en los casos de pobreza y abandono. Los servicios de apoyo a las personas mayores con limitaciones permanentes o con dependencia están a cargo de los familiares, ya sea mediante su propio esfuerzo, principalmente de las mujeres, o contratando personal y prestaciones en forma privada, según sea el nivel socioeconómico de las mismas personas mayores o de sus familias.

En Uruguay el cuidado de las personas con limitaciones permanentes o con dependencia se desarrolla fundamentalmente en el ámbito doméstico y es proporcionado mayoritariamente por mujeres. Sin perjuicio de ello, el Estado, en las últimas décadas, ha generado avances con el objetivo de implantar un modelo corresponsable de cuidados, entre familias, Estado, comunidad y mercado. A partir de 2010 se puso en marcha en el país el proceso de creación de un Sistema Nacional Integrado de Cuidados (SNIC), para personas en situación de dependencia. Hasta el momento de elaborarse este estudio, el sistema de cuidados formales cubría a las personas mayores de 85 años con nivel de dependencia severa con subsidios monetarios para la contratación de asistentes domiciliarios por 80 horas mensuales.

En España, en cambio, la ley 39/2006, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (LAPAD) construye un sistema de prestaciones públicas como reconocimiento de un derecho de los individuos, garantizado por el Estado, en cooperación con los agentes públicos y privados (JEFATURA DEL ESTADO, 2006). Esta ley se completa con un amplio conjunto de normas complementarias de menor rango. El Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia (SAAD) se estructura para cubrir las necesidades de las personas dependientes de una forma compartida entre las instituciones y entes sociales, las personas atendidas y sus familias. Los servicios se proveen entre empresas mercantiles, profesionales y el entorno social del individuo y consisten en servicios i) de apoyo, cuidados y atención que facilitan la permanencia en el domicilio de la persona en situación de dependencia, ii) de atención residencial y iii) de prestación económica de cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales. En el momento actual, existen, a finales de 2016, 865.000 personas beneficiarias con un total de 1,609.000 prestaciones de dependencia¹, que han generado una cifra importante de trabajadores del cuidado y de impuestos derivados de los servicios prestados a estas personas. Más del 70% son mayores de 65 años y de ellos la gran mayoría mujeres. La satisfacción por el desarrollo del sistema de atención a la dependencia es, en general, alta entre la población española, como respuesta a la formalización por ley de un derecho subjetivo, aunque se reconocen problemas derivados de la gestión administrativa y de las dificultades presupuestarias.

¹ IMSERSO (2017). *Información estadística del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia* (2017). Situación a 31 de diciembre de 2016. (<http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/estsisaad20161231.pdf>; acceso 29 oct. 2017).

En síntesis, no existe en el momento de elaborar este artículo cobertura formal a las necesidades que plantean las limitaciones permanentes en las personas mayores en Argentina y México, en tanto en Uruguay la cobertura es todavía muy acotada. Por su lado, España mantiene un sistema formal de cuidados con una trayectoria de funcionamiento cercana a los diez años. (ROJO-PÉREZ et al., 2012).

Siguiendo la hipótesis de Hennessy, se presenta a continuación el análisis de la relación entre los sistemas formales e informales de apoyo y las modalidades de allegamiento residencial de las personas mayores con limitaciones permanentes, sobre la base de los datos proporcionados por los sistemas estadísticos de los países considerados.

Material y métodos. La medición de la discapacidad en censos y encuestas

En el año 2002, los países miembros de la Comisión de Estadística de las Naciones Unidas conformaron el “Grupo de Washington” con el objeto de “proporcionar información básica necesaria sobre la discapacidad que sea comparable a nivel mundial” (CEPAL, 2014:6). Tras sucesivas pruebas piloto en distintas partes del mundo, se promovió la utilización de una breve lista de preguntas a ser relevadas mediante censos y encuestas que indagara sobre dificultades relativas a seis aspectos funcionales básicos: vista, oído, capacidad de caminar, facultades cognitivas, autosuficiencia para el cuidado personal y comunicación. Las categorías se basaron en el modelo de discapacidad de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) de la OMS (OMS, 2001). CELADE recomendó incluir la batería básica de preguntas en la preparación de los censos de 2010 (CEPAL, 2014: 6 y 7) que fue incorporada por los censos nacionales de Argentina, Uruguay y México en sus cédulas. Los datos que se analizan en este informe provienen de esta primera medición comparada efectuada en países latinoamericanos.

Para este artículo se utilizaron los Censos de Población de la onda “circa” 2010 de Argentina, México y Uruguay.

En el caso de Argentina fue necesario recurrir a la Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de Adultos Mayores (ENCaVIAM) 2012, debido a que los microdatos del censo no se encontraban disponibles al momento de elaborar el artículo.

Los censos nacionales de Argentina y México se realizaron con un cuestionario básico aplicado a la totalidad de la población del territorio nacional y un cuestionario ampliado que se aplicó a la totalidad de la población en áreas rurales y localidades de menor tamaño y a población incluida en muestras estadísticas aleatorias en las localidades de mayor tamaño. Las preguntas referidas a Discapacidad fueron incluidas en el cuestionario ampliado del Módulo 3 (*En su vida diaria, ¿tiene dificultad al realizar las siguientes actividades: caminar, moverse, subir o bajar?, ver, aun usando lentes?, hablar, comunicarse o conversar?, oír, aun usando aparato auditivo?, vestirse, bañarse o comer?, poner atención o aprender cosas sencillas?, ¿tiene alguna limitación mental?*) y refieren a universos muestrales.

En el caso de Argentina, la pregunta se formuló a la población que residía en localidades de menos de 50.000 habitantes, a la población rural agrupada y dispersa y a una muestra del 10% de las viviendas particulares en localidades con 50.000 habitantes o más. A diferencia del censo 2001, en el 2010 la pregunta referida a la temática se

realiza a cada una de las personas, y no sólo al hogar particular en general, posibilitando de esta forma el conocimiento de las características demográficas básicas de las personas y el tipo de limitación (*¿Tiene dificultad o limitación permanente para...: ver, aún con anteojos o lentes puestos?, oír, aún cuando usa audífono? caminar o subir escalones?, agarrar objetos y/o abrir recipientes con las manos?, entender y/a aprender?*). Se excluyó la población residente en hogares colectivos (hogares de ancianos) y ello debe ser tenido en cuenta en la evaluación de la información. En Uruguay las preguntas se formularon a la totalidad de la población censada-

Debido a que el INDEC no publicó la base usuaria del censo 2010 correspondiente a la cédula ampliada, el análisis de la regresión se realizó sobre los datos de la Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de Adultos Mayores 2012 (ENCaViAM 2012) que se realizó sobre una muestra conformada por todas las personas de 60 años de edad o más relevadas en la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) y de la Encuesta Anual de Hogares Urbanos (EAHU) durante el tercer trimestre de 2012. La Encuesta Permanente de Hogares (EPH) es una encuesta probabilística que tiene cobertura nacional, cubriendo los mayores centros urbanos del país, aglomerados donde habita el 70 % de la población urbana.

Para efectuar el análisis se tomaron las variables DEPENDENCIA BÁSICA “Se considera que una persona de 60 años o más padece de dependencia para las actividades básicas de la vida cotidiana cuando ha contestado al menos un “Sí” a las preguntas 1.1 a 1.8 del Capítulo 10 y DEPENDENCIA (DEP)” (*¿Necesita ayuda de una persona para...: comer en un tiempo razonable?, para vestirse o desvestirse, incluyendo atarse los cordones?, para bañarse, incluyendo entrar y salir de la ducha o bañera?, para peinarse, lavarse los dientes o lavarse la cara?, usar el inodoro o higienizarse?, para acostarse o levantarse de la cama?, para andar de un lado a otro de su casa?, para subir y bajar escaleras?*). DEPENDENCIA AMPLIADA “Se considera que una persona de 60 años o más padece de dependencia para las actividades ampliadas de la vida cotidiana cuando ha contestado al menos un “SÍ” a las preguntas 3.1 a 3.7 del Capítulo 10. DEPENDENCIA (DEP)” (*¿Necesita ayuda de una persona...: para utilizar el teléfono, marcar los números y contestar una llamada?, para viajar en transporte público, taxi, remis, auto particular, etc.?, para organizar sus medicamentos y tomarlos?, para manejar su dinero*).

La Encuesta Piloto del Estudio Longitudinal Envejecer en España (Proyecto ELES) fue utilizada para el caso de España (<http://www.proyectoeles.es>). Esta encuesta incluye la extracción de muestras biológicas, antropometría y realización de pruebas de ejecución, además de un cuestionario según dimensiones del envejecimiento (características del hogar, demográficas y curso de vida; bienestar y calidad de vida; redes familiar y social y participación social en tiempo libre; salud física y hábitos saludables de vida; funcionamiento físico, emocional y cognitivo; redes de apoyo y uso de recursos sanitarios y sociales; entorno residencial; situación laboral, recursos económicos y nivel de vida; valores y actitudes). Información ampliada sobre esta encuesta, su contenido y características técnicas puede verse en otras publicaciones (TEÓFILO et al., 2011; RODRÍGUEZ-LASO et al., 2013).

Para los objetivos del presente estudio se seleccionó una sub-muestra de población con 65 o más años de edad residente en vivienda familiar en España. Fue, extrapolada al

universo a fin de comparar los datos de España con los de los restantes países de estudio. Además del sexo, la edad, el tamaño del hogar, el tipo de hogar (unipersonal, viviendo en pareja, multigeneracional, otros) y el tipo de vivienda (finca o casa de labor, vivienda unifamiliar, vivienda en edificio con ascensor, vivienda en edificio sin ascensor), se describen seguidamente las variables seleccionadas relativas al tipo de limitaciones.

Para las limitaciones permanentes se consideraron las de tipo visual, auditiva, motora inferior, motora superior y cognitiva. La limitación visual procede de la pregunta 75 del cuestionario ELES (*¿Ve Vd. suficientemente bien como para reconocer a una persona a una distancia de cuatro metros o al otro lado de la calle? Si utiliza gafas o lentillas, considere que la pregunta se refiere a aquellas situaciones en que está utilizando esas gafas o lentillas*). La limitación auditiva procede de la pregunta 72 (*¿Puede oír Vd. un programa de televisión a un volumen que otros consideran normal? Si utiliza una prótesis auditiva o audífono, considere que la pregunta se refiere a aquellas situaciones en que está utilizando esa prótesis o audífono*). La limitaciones motora inferior y superior proceden de la pregunta 66 (*¿Tiene dificultades para realizar alguna de las actividades que aparecen en esta tarjeta, debido a un problema físico o de salud? Por favor, excluya cualquier dificultad que Vd. espere que vaya a durar menos de 3 meses*), y, respectivamente, de los ítems 7 (*agacharse, arrodillarse o ponerse en cuclillas*) y 8 (*extender o subir cualquiera de los brazos por encima del hombro*). En relación con el deterioro cognitivo, el cuestionario ELES utilizó el Minimental State Examination (Folstein et al., 1975; Folstein et al., 2002), aplicando la puntuación igual o inferior a 23 para considerar la sospecha de deterioro cognitivo (ROJO PÉREZ et al., 2002).

La variable que informa de la cantidad de limitaciones permanentes se calculó sobre los sujetos que declararon las limitaciones previamente consideradas.

El análisis descriptivo incluyó la prueba Chi-cuadrada en tablas de contingencia, para determinar si existía asociación o no entre las variables consideradas en cada país. Posteriormente, se realizaron varios modelos logísticos binomiales para calcular la probabilidad de residir en un determinado tipo de hogar y tipo de vivienda según la cantidad y severidad en las limitaciones de las personas mayores.

Resultados

En los cuatro países analizados en este estudio se encontró asociación estadística entre el tipo y la cantidad de limitaciones permanentes de las personas de 65 años y más y el tipo de hogar en el que residen (Tablas 1 y 2). En Argentina, Uruguay, y México las personas con limitaciones de tipo cognitivo y con mayor cantidad de limitaciones permanentes, que pueden ser consideradas “*proxy*” de dependencia debido a su demanda de cuidados complejos y compañía por más tiempo en el hogar, mostraron una tendencia más baja a vivir en hogares unipersonales y de pareja sola y, por el contrario, aumentaron los porcentajes de personas residiendo en hogares extensos o compuestos. Como se ha señalado anteriormente, en estos países la familia conviviente es el principal sistema de soporte de las personas mayores con dependencia de niveles severos.

Por su parte en España (Tablas 1 y 2), con sistema formal de cuidados para la dependencia, las personas mayores con niveles severos de discapacidad (tres o más limitaciones permanentes y limitaciones cognitivas) residen en hogares unipersonales y en hogares multigeneracionales en mayor proporción. Es interesante destacar que las familias extensas continúan ofreciendo el soporte a sus mayores con discapacidad, pero en este caso, con subsidios monetarios proporcionados por el sistema formal que apoyan económicamente a los cuidadores familiares informales.

Probabilidades de residir en un tipo de hogar según las limitaciones de la población adulta mayor (PAM)

Por tipo de hogar

En los modelos estadísticos se mostró que en Argentina las personas con limitaciones² más severas fueron más propensas a vivir en hogares extensos o multigeneracionales en comparación con otro tipo de hogar. Similar tendencia se observó para los grupos de edades más jóvenes (65 a 69 y 70 a 74) (Figura 1).

En España, las limitaciones y el sexo no incidieron en el tipo de arreglo familiar de las personas mayores. La edad, en cambio, mostró una asociación estadísticamente significativa con el tipo de hogar, siendo menos propensos a vivir en hogares ampliados las personas de 70 a 84 años (Figura 2).

En México, las personas con limitaciones más severas revelaron mayores probabilidades de vivir en arreglos extensos. Por su parte, se observó que, a medida que aumenta la edad, se tienen más probabilidades de residir en este tipo de hogares. Adicionalmente, se advirtió que los varones presentaron menor propensión a vivir en hogares ampliados (Figura 3).

Al igual que en Argentina y México, en Uruguay se registraron mayores probabilidades de que las personas con limitaciones severas vivan en hogares extensos; también se observó una mayor tendencia de las personas de 65 a 69 años—a residir en arreglos ampliados, mientras que para los grupos restantes (70 a 84) las probabilidades fueron menores. En el caso uruguayo los hombres se mostraron más propensos a vivir en hogares extensos (Figura 4).

Conclusiones y discusión

El análisis descriptivo efectuado sobre la relación entre limitaciones permanentes y arreglos residenciales de las personas de 65 años y más permite ratificar la tesis de Hennessy (1995): se observa que la implantación de los sistemas de cuidados formales de larga duración exhibe influencia sobre las modalidades en las que las familias organizan su co-residencia. Debe tenerse en cuenta que los resultados presentados corresponden únicamente a personas mayores de 65 años residiendo en hogares

² Las limitaciones fueron consideradas como una variable continua en la cual el valor de cero corresponde a personas sin limitaciones, uno a personas con una limitación leve (auditiva o visual) y dos a personas con dos o más limitaciones severas (motriz, cognitiva, etc.)

Nota: yo creo que el contenido de esta nota habría de ir en Material y Métodos

particulares. Es decir, se excluyó de este análisis la población institucionalizada, si bien en este caso vive una relativamente baja proporción de personas mayores.

España fue el único país de los considerados en este estudio en el que las personas mayores con niveles severos de discapacidad (tres o más limitaciones permanentes y limitaciones cognitivas) residen en elevadas proporciones en hogares unipersonales. En los tres países latinoamericanos, en cambio, la proporción de personas en hogares unipersonales con este tipo de limitaciones fue más baja que el promedio. Mediante la aplicación de modelos estadísticos se encontró que el grado de severidad en las limitaciones incide en el arreglo familiar extenso en los países latinoamericanos, proceso que no se observó en España. Este resultado refleja la tradición familista que predomina en América Latina en donde, al no existir las condiciones institucionales que ofrezcan alternativas de cuidado, las familias lo tienen a su cargo.

Sin perjuicio de ello, la familia multigeneracional, en la que conviven más cantidad de parientes y no parientes, fue la principal fuente de apoyo para las personas mayores con dependencia en los cuatro países iberoamericanos estudiados. Debe destacarse que en España, la vigencia de servicios de larga duración proporciona apoyo monetario y de servicios formales a las unidades familiares convivientes con personas mayores discapacitadas. En cambio, en los tres países americanos todo el esfuerzo personal y monetario que implica la atención de la dependencia de los mayores recae sobre las familias.

La información analizada ha permitido ratificar la observación de la OPS, según la cual la carencia de sistemas de cuidados formales para atender la dependencia va a aumentar la desigualdad social en la región. La atención de sus integrantes mayores con dependencia les resta posibilidades de participar del mercado de trabajo, fundamentalmente a las mujeres que son las principales cuidadoras informales, contribuyendo a disminuir sus recursos materiales. Asimismo, en América latina se robustece la hipótesis de que la falta de servicios comunitarios y en el domicilio para la dependencia puede ocasionar la internación precoz en instituciones geriátricas de personas mayores que residen en hogares unipersonales.

Finalmente, es importante señalar que se trata de la primera medición comparable de la discapacidad en la región, por lo que será de sumo interés seguir la evolución histórica de la situación de partida que en este artículo se presenta.

Referencias bibliográficas

- CEPAL. (2014). *Informe Regional sobre la Medición de la Discapacidad*. Grupo de Tareas sobre Medición de la Discapacidad (CEA). Santiago de Chile. CEPAL. LC/L.3860(CE.13/3)
- CEPAL. (2012). *Panorama Social de América Latina*. Santiago de Chile. CEPAL. pp. 248. Número de venta: S.13.II.G.6.
- ESPING-ANDERSEN, G.; DUNCAN, G.; HEMERICK, A., Y MILLES, J. (2002). *Why we need a new Welfare State*. Oxford. Oxford University Press.
- ESPING-ANDERSEN, G. (1990). *The Three worlds of Welfare Capitalism*. Princeton University Press. Reprinted 1998. Princeton, New Jersey.

- FOLSTEIN, M. F.; FOLSTEIN, S. E.; MCHUGH, P. R. Y FANJIANG, G. (2002). *Mini-Mental State Examination: Examen Cognoscitivo Mini-Mental*. TEA ediciones.
- FOLSTEIN, M.; FOLSTEIN, S. Y MCHUGH, P. (1975). "Mini-Mental State": a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician". *Journal of Psychiatry Research*, 12(2): 189-198.
- GASCÓN, S. y REDONDO, N.; 2014. *Calidad de los servicios de largo plazo para personas adultas mayores con dependencia*. Publicación de las Naciones Unidas ISSN 1564-4162 LC/L.3875. Impreso en Naciones Unidas, Santiago de Chile.
- HENNESSY, P. *Social protection for dependent elderly people: perspectives from a review of OECD countries: perspectives from a review of OECD countries*. OECD Labour Market and Social Policy Occasional Papers, N° 16, OECD Publishing. 1995.
- JEFATURA DEL ESTADO. LEY 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. *Boletín Oficial del Estado*, n. 299, p. 44142-44156, 2006.
- NACIONES UNIDAS. *Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento. Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento*. Nueva York, Naciones Unidas, 2003. Disponible en: <<http://social.un.org/ageing-working-group/documents/mipaa-sp.pdf>>. Acceso el: 01 may 2016.
- OMS (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD). (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud*. Madrid, IMSERSO, 320 p.
- OPS (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD). (2012). *Estrategia para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles*. Washington, D.C.28.a CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA. 35 ps.
- REDONDO, N.; DÍAZ FERNÁNDEZ, M.; LLORENTE MARRÓN, M.; GARAY, S.; GUIDOTTI GONZÁLEZ, C.; MENDOZA VILLAVICENCIO, L. 2015 "El espacio residencial del cuidado de los adultos mayores en América Latina y España ". Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), *Notas de Población, N° 100, (LC/G.2640-P)*, Santiago de Chile, 2015
- RODRÍGUEZ LASO, A.; URDANETA ARTOLA, E.; DE LA FUENTE SÁNCHEZ, M.; GALINDO MORENO, E.; YANGUAS LEZAUN, J. J. y RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, V. Análisis del sesgo de selección en el piloto de un estudio longitudinal sobre envejecimiento en España. *Gaceta Sanitaria*, v. 27; n. 5, p. 425-432, 2013.
- ROJO-PÉREZ, F.; FERNÁNDEZ-MAYORALAS, G. Y LARDIÉS BOSQUE, R. Entre las necesidades y las oportunidades de las familias para el cuidado de sus mayores que envejecen en casa. In RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, V. (Ed.). *Inmigración y Cuidados de mayores en la Comunidad de Madrid*. Bilbao, Fundación BBVA, p. 217-308, 2012.
- ROJO-PÉREZ, F.; FERNÁNDEZ-MAYORALAS, G.; POZO-RIVERA, E. Y ROJO-ABUÍN, J. M. (2002). *Envejecer en casa: la satisfacción residencial de los mayores en Madrid como indicador de su Calidad de Vida*. Madrid, Consejo Superior de Investigaciones Científicas, Col. Monografías, n° 23, 321 p.

- SAVAGE, B.; FOLI, K. J.; EDWARDS, N. E. y ABRAHAMSON, K. "Familism and Health Care Provision to Hispanic Older Adults". *Journal of Gerontological Nursing*, v. 42, n° 1, p. 21-29, 2016.
- SUNKEL, G. *El papel de la familia en la protección social en América Latina*. Elaborado por Guillermo Sunkel. Serie Políticas Sociales N°120. Santiago de Chile. CEPAL. p. 66, 2006.
- TEÓFILO RODRÍGUEZ, J.; GONZÁLEZ CABEZAS, A. N.; DÍAZ VEIGA, P. y RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, V. Estudio Longitudinal Envejecer en España: El proyecto ELES. *Perfiles y Tendencias*, n. 50, p. 1-39, 2011.
- UNITED NATIONS. *World Population Ageing 2015. Report*. United Nations, New York, p. 164, 2015.

Tabla 1. Población de 65 años y más con limitaciones permanentes según tipo de hogar y cantidad de limitaciones. ARGENTINA. URUGUAY. MÉXICO Y ESPAÑA (circa 2010)

Tipo de Hogar	Total	Cantidad de limitaciones permanentes			
		Sin limitación	Una	Dos	3 o más
Argentina*					
Total personas de 65 años y más	3,978,080 (100)	2,864,920 (100)	622,069 (100)	262,667 (100)	228,424 (100)
Unipersonal	21.5	20.8	23.3	23.4	20.1
Nuclear completo de pareja sola	28.2	31.9	25.4	21.6	18.1
Nuclear completo e incompleto con hijos	17.6	18.3	17.1	16.1	15.5
Extenso o compuesto	31.8	28.2	33.3	37.7	45.1
No familiar	0.9	0.8	1.0	1.1	1.2
Uruguay*					
Total personas de 65 años y más	450,657	224,730	122,479	62,101	30,922
Unipersonal	27.6	24.8	28.4	29.8	27.2
Nuclear completo de pareja sola	30.6	35.2	29.4	24.4	20.2
Nuclear completo e incompleto con hijos	16.9	17.4	16.6	16.8	17.6
Extenso o compuesto	23.8	21.6	24.3	27.5	33.0
No familiar	1.2	1.0	1.3	1.6	1.9
México*					
Total personas de 65 años y más	7,157,142	4,912,392	1,341,472	635,308	267,970
Unipersonal	13.2	12.4	14.8	15.6	13.4
Nuclear completo de pareja sola	20.1	20.9	19.5	17.3	16.6
Nuclear completo e incompleto con hijos	21.6	22.5	20.9	18.1	16.5
Extenso o compuesto	44.8	43.9	44.6	48.6	53.0
No familiar	0.4	0.3	0.3	0.4	0.5
España*					
Total personas de 65 años y más	6,746,056	3,296,005	2,191,735	907,754	350,562
Unipersonal	25.6	21.9	31.6	22.9	29.6
Nuclear completo de pareja sola	42.5	47.3	38.7	41.4	24.4
Multigeneracional	28.4	28.5	24.0	34.3	39.8
Otros	3.4	2.2	5.6	1.4	6.2

*p < 0.05

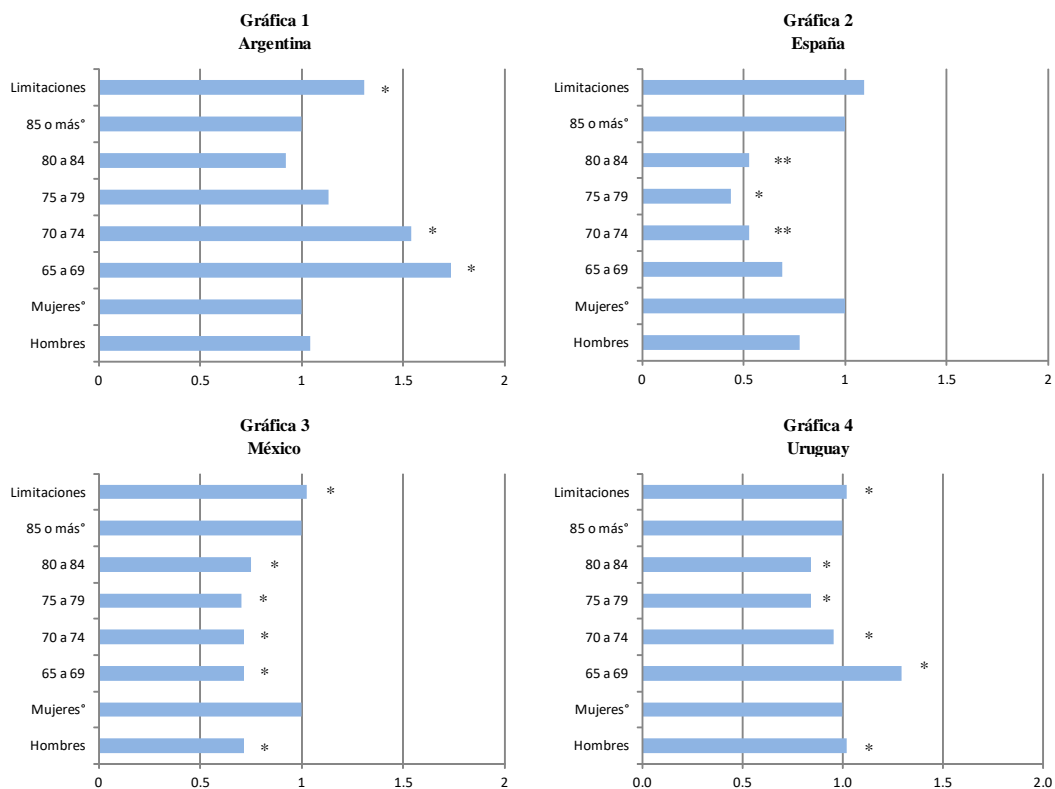
Tabla 2. Población de 65 años y más con limitaciones permanentes según tipo de hogar y de limitación. ARGENTINA. URUGUAY. MÉXICO Y ESPAÑA (circa 2010)

Tipo de Hogar	Total	Tipo de limitación permanente (*)				
		Sin limitación	Visual	Auditiva	Motora inferior	Cognitiva
Argentina**						
Total personas de 65 años y más	3,978,080	2,864,920	980,823	458,964	214,635	932,594
	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)
Unipersonal	21.5	20.8	22.0	21.3	23.1	18.3
Nuclear completo de pareja sola	28.2	31.9	22.5	21.5	20.8	17.9
Nuclear completo e incompleto con hijos	17.6	18.3	17.2	15.7	15.5	14.8
Extenso o compuesto	31.8	28.2	37.4	40.4	39.5	62.4
No familiar	0.9	0.8	1.0	1.1	1.2	1.4
Uruguay**						
Total personas de 65 años y más	450,657	224,730	122,582	73,244	125,620	24,655
Unipersonal	27.6	24.8	28.8	28.0	29.2	23.9
Nuclear completo de pareja sola	30.6	35.2	25.7	26.3	24.2	20.7
Nuclear completo e incompleto con hijos	16.9	17.4	16.9	17.0	17.0	17.4
Extenso o compuesto	23.8	21.6	27.1	27.3	28.0	35.8
No familiar	1.2	1.0	1.4	1.5	1.7	2.2
México**						
Total personas de 65 años y más	7,157,142	4,912,392	637,351	403,373	1,622,982	102,599
Unipersonal	13.2	12.4	17.1	15.9	15.2	11.0
Nuclear completo de pareja sola	20.1	20.9	18.2	18.8	18.4	13.5
Nuclear completo e incompleto con hijos	21.6	22.5	18.4	18.6	19.6	16.5
Extenso o compuesto	44.8	43.9	46.0	46.5	46.4	58.5
No familiar	0.4	0.3	0.3	0.3	0.4	0.5
España**						
Total personas de 65 años y más	6,746,056	3,296,005	507,406	1,174,419	2,456,298	428,880
Unipersonal	25.6	21.9	33.6	21.1	29.0	32.8
Nuclear completo de pareja sola	42.5	47.3	28.0	42.5	36.8	22.4
Multigeneracional	28.4	28.5	38.4	32.6	28.2	42.3
Otros	3.4	2.2	0.0	3.8	6.0	2.5

(*) Nota: Debido a que una persona puede tener más de una limitación permanente, la suma de los subtotales de población por tipo de limitación excede el universo total. A los fines comparativos se mantuvo el total de la población y el subtotal de personas sin limitaciones permanentes.

**p < 0.05

Figuras 1 a 4. Probabilidades de las personas mayores de residir en hogares extensos/multigeneracionales



°Categoría de referencia

*Sig. <0.05 **Sig. <0.1

Nota: La categoría de referencia de la variable dependiente es cualquier otro arreglo familiar que no sea extenso o multigeneracional.

