

# **Discapacidad y Esperanza de Vida Saludable: una comparación entre Italia, Bulgaria, Canadá, y siete ciudades de América Latina y el Caribe.**

## **Lecciones aprendidas<sup>1</sup>.**

**Esther María León<sup>2</sup>**  
**Madelín Gómez León<sup>3</sup>**  
**Nadia Minicuci<sup>4</sup>**  
**Marianna Noale<sup>5</sup>**  
**Alain Bélanger<sup>6</sup>**  
**Margareta Mutafova<sup>7</sup>**  
**Christo Maleskov<sup>8</sup>**

Palabras-clave: Esperanza de vida saludable, discapacidad, adultos mayores, salud, comparación: Italia, Bulgaria, Canadá y América Latina y el Caribe

## **Resumo**

El presente trabajo tiene como objetivo principal brindar resultados sobre las condiciones de discapacidad y esperanza de vida saludable de los adultos mayores, comparando países latinoamericanos con europeos, a partir de un proyecto de investigación basado en la construcción de indicadores de salud y socioeconómicos comunes a través de 4 estudios basados en encuestas nacionales: Bulgaria (National Health Interview Survey: NHIS), Canadá (National Population Health Survey: NPHS), Italia (Italian Longitudinal Study on Aging: ILSA) y Latinoamérica y el Caribe (Salud, Bienestar y Envejecimiento en América Latina y el Caribe: SABE). NHIS de Bulgaria es el primer estudio longitudinal iniciado en 1996 entre 17,523 personas de todas las edades; NPHS de Canadá es también un estudio longitudinal iniciado en 1994 con una muestra de 17,276 personas de todas las edades; ILSA de Italia se inició en 1992 y consideró una muestra de 5,632 Italianos entre 65 y 84 años; SABE es un estudio transnacional realizado entre 1999-2000 que incluyó 10,891 personas de 60 años y más viviendo en siete ciudades de Latinoamérica y el Caribe: Buenos Aires, Argentina; Bridgetown, Barbados; Sao Paulo, Brasil; Santiago, Chile; Habana, Cuba; Ciudad de México, México; y Montevideo, Uruguay. Para esta investigación se seleccionaron las personas de los grupos de edad comunes que eran los comprendidos entre 65 y 84 años. Un grupo homogéneo de determinantes de la salud fue creado a partir de la armonización de variables sociodemográficas, hábitos saludables, estatus de salud, funcionamiento físico e impedimento cognitivo. El indicador de la Esperanza de Vida

---

<sup>1</sup> “Trabajo presentado en el III Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, realizado en Córdoba, Argentina, del 24 al 26 de septiembre de 2008”

<sup>2</sup> Centro de Estudios de Población y Desarrollo, Oficina Nacional de Estadísticas, Cuba. Principal Investigador por América Latina y el Caribe. [techy@one.gov.cu](mailto:techy@one.gov.cu) ; [techy@infomed.sld.cu](mailto:techy@infomed.sld.cu)

<sup>3</sup> Centro de Estudios Demográficos, Universidad de la Habana, Cuba. Investigador por América Latina y el Caribe.

<sup>4</sup> National Council Research Institute of Neuroscience, Aging section Padova Italia. Italia. Investigador, Directora del Proyecto

<sup>5</sup> National Council Research Institute of Neuroscience, Aging section Padova Italia Investigador por Italia

<sup>6</sup> Demography Division. National Statistic Institute. Principal Investigador por Canada

<sup>7</sup> Department of Social Medicine, Medical University – Sofia, Principal Investigador por Bulgaria

<sup>8</sup> Department of Social Medicine, Medical University – Sofia, Investigador por Bulgaria

Libre de Discapacidad (EVLD) se basó en el Método de Sullivan considerando para cada estudio variables comunes sobre discapacidad armonizadas. Se incluye para finalizar una reflexión sobre algunas de las lecciones aprendidas en el proceso de comparación de estudios diferentes.

# **Discapacidad y Esperanza de Vida Saludable: una comparación entre Italia, Bulgaria, Canadá, y siete ciudades de América Latina y el Caribe.**

## **Lecciones aprendidas<sup>1</sup>.**

**Esther María León<sup>2</sup>**  
**Madelín Gómez León<sup>3</sup>**  
**Nadia Minicuci<sup>4</sup>**  
**Marianna Noale<sup>5</sup>**  
**Alain Bélanger<sup>6</sup>**  
**Margareta Mutafova<sup>7</sup>**  
**Christo Maleskov<sup>8</sup>**

### **Introducción**

La Esperanza de Vida Libre de Discapacidad (EVLD) es un indicador común de Esperanza de Vida Saludable, que introduce el concepto de calidad de vida, distinguiendo entre años de vida libres de cualquier limitación en las actividades y años de vida con al menos una limitación en alguna de las actividades.

Esto se basa no exclusivamente sobre la longitud de la vida como la esperanza de vida, sino también sobre la calidad de los años que restan por vivir. La metodología de la EVLD fue desarrollada por Sullivan en los años 1970 (Sullivan 1966; Sullivan 1971). Las principales ventajas de este método de cálculo, el cual es ampliamente usado en investigaciones de salud, son la adopción de cálculos simples y la información requerida es relativamente fácil de encontrar (datos de prevalencia sobre discapacidad).

El presente trabajo tiene como objetivo principal brindar resultados preliminares de un proyecto de investigación basado en la construcción de indicadores de salud y socioeconómicos comunes a partir de la armonización de los datos que permitan una comparación a través de los países de 4 estudios basados en encuestas nacionales: Bulgaria (National Health Interview Survey: NHIS), Canadá (National Population Health Survey: NPHS), Italia (Italian Longitudinal Study on Aging: ILSA) y América Latina y el Caribe (Salud, Bienestar y Envejecimiento en América Latina y el Caribe: SABE).

Ese proyecto de investigación para la comparación entre los 4 estudios es titulado “Health Expectancy: Regional evaluation and International Comparisons among Italy, Bulgaria, Canada, Latin America and Puerto Rico” y es dirigido por la Dra. Nadia Minicuci del Istitute of Neuroscience de Italia y apoyado por “The Veneto Region, Giunta Regionale-Ricerca Sanitaria Finalizzata-Venezia-Italia” y en el participan los investigadores que aparecen como

---

<sup>1</sup> “Trabajo presentado en el III Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, realizado en Córdoba, Argentina, del 24 al 26 de septiembre de 2008”

<sup>2</sup> Centro de Estudios de Población y Desarrollo, Oficina Nacional de Estadísticas, Cuba. Principal Investigador por América Latina y el Caribe. [techy@one.gov.cu](mailto:techy@one.gov.cu) ; [techy@infomed.sld.cu](mailto:techy@infomed.sld.cu)

<sup>3</sup> Centro de Estudios Demográficos, Universidad de la Habana, Cuba. Investigador por América Latina y el Caribe.

<sup>4</sup> National Council Research Institute of Neuroscience, Aging section Padova Italia. Italia. Investigador, Directora del Proyecto

<sup>5</sup> National Council Research Institute of Neuroscience, Aging section Padova Italia Investigador por Italia

<sup>6</sup> Demography Division. National Statistic Institute. Principal Investigador por Canada

<sup>7</sup> Department of Social Medicine, Medical University – Sofia, Principal Investigador por Bulgaria

<sup>8</sup> Department of Social Medicine, Medical University – Sofia, Investigador por Bulgaria

co-autores de esta investigación.

Su plan consistía de una fase de análisis local para desarrollar indicadores de salud para la Región Veneto que comprendiera el análisis de las brechas en salud y la esperanza de vida saludable. Un segundo objetivo del proyecto fue la fase de comparación internacional, dirigido a la construcción de indicadores de salud comunes para Italia, Bulgaria, Canadá, Latinoamérica y el Caribe, con vistas a permitir la comparación transnacional del estado de salud entre los diferentes países.

Con relación a los 4 estudios objetos de análisis a continuación se presentan sus características generales: **NHIS** de Bulgaria es el primer estudio longitudinal iniciado en 1996 entre 17,523 personas de todas las edades; **NPHS** de Canadá es también un estudio longitudinal iniciado en 1994 con una muestra de 17,276 personas de todas las edades; **ILSA** de Italia se inició en 1992 y consideró una muestra de 5,632 Italianos entre 65-84 años; **SABE** es un estudio trans-nacional realizado entre 1999-2000 que incluyó 10,891 personas de 60 años y más viviendo en siete ciudades de Latinoamérica y el Caribe: Buenos Aires, Argentina; Bridgetown, Barbados; Sao Paulo, Brasil; Santiago, Chile; Habana, Cuba; Ciudad de México, México; y Montevideo, Uruguay.

La investigación sobre Salud, Bienestar y Envejecimiento en América Latina el Caribe Conocida como “Encuesta SABE”, es un estudio transversal coordinado por la Organización Panamericana de la Salud” (OPS), y con soporte de diferentes instituciones e investigadores de la región. Esta fue realizada en siete ciudades de América Latina y el Caribe: Buenos Aires, Argentina; Bridgetown, Barbados; Sao Paulo, Brasil; Santiago, Chile; Habana, Cuba; Ciudad México, México; y Montevideo, Uruguay.

Las ciudades estudiadas en SABE representan diferentes etapas del proceso de envejecimiento en América Latina y el Caribe, cuatro de ellas (Buenos Aires, Bridgetown, Habana y Montevideo) están en una etapa avanzada y las otras están en una etapa menos avanzada de ese proceso de envejecimiento.

El presente trabajo provee el análisis descriptivo de los datos disponibles en cada estudio original, las variables armonizadas especialmente en el tema de la discapacidad y la evaluación transnacional de las diferencias de la EVLD.

## **Material y métodos**

### **• *National Health Interview Survey (NHIS), de Bulgaria***

El primer estudio en Bulgaria lo desarrolló el Instituto Nacional de Estadísticas en diciembre del 1996. La muestra representativa del estudio incluyó a 17523 personas de todas las edades en 6000 hogares (no personas institucionalizadas), respondiendo el 99,6 % de todas las personas seleccionadas. La segunda encuesta en Bulgaria fue llevada a cabo en marzo 2001. La muestra representativa incluyó 9396 personas de todas las edades en 3810 hogares (no personas institucionalizadas) con el 92,8% de las personas objeto de investigación. (Health status studies, 2002). La información fue recogida a través de entrevista cara a cara, durante 2 visitas a los hogares. Las áreas temáticas básicas incluidas en NHIS de Bulgaria fueron: salud percibida, enfermedades crónicas, cuidados médicos, uso de drogas, discapacidad, hábitos de fumar y alcoholismo, Índice de Masa Corporal, actividad física, entre otros. (Health status studies, 2002).

• ***National Population Health Survey (NPHS), for Canada.***

NPHS es también un estudio longitudinal iniciado en 1994 con una muestra de 17,276 personas de todas las edades.

• ***Encuesta sobre Salud Bienestar y Envejecimiento (SABE) en América Latina y el Caribe.***

El estudio SABE fue basado en encuestas transversales, simultáneas y rigurosamente comparables realizadas en entrevistas cara a cara realizadas en 1999-2000. Las encuestas en algunos países fueron conducidas en dos fases, en la primera fase el entrevistador completó el cuestionario y en la segunda el personal de salud completó el cuestionario de mediciones de “antropometría, flexibilidad y movilidad” en algunas ciudades las mediciones fueron simultáneas a la encuesta realizadas por los mismos entrevistadores.

Diseños Muestrales Probabilísticos Complejos del tipo de diseños por conglomerados multietápicos estratificados, fueron desarrollados con excepción de Barbados, con un Muestreo Estratificado Aleatorio, con un total en la región de 10,891 personas de 60 años y más de edad fueron estudiados en 32,322 viviendas, incluyendo solamente personas que viven en la comunidad. En cinco de las ciudades fue seleccionada una persona de 60 años y más por hogar y en otras dos, Ciudad de México y Sao Paulo fueron seleccionadas todas las personas de 60 años y más, la muestra fue sobredimensionada para la población de 80 años y más en Santiago, la Habana y Montevideo.

Las muestras fueron: Buenos Aires 1,039 personas; Bridgetown 1,812; Sao Paulo 2,143; Santiago 1,301; La Habana 1,905; Ciudad México 1,247; y Montevideo 1,444 personas.

Las tasas de respuesta fueron: 95% en La Habana, más del 80% en el resto de las ciudades, excepto Buenos Aires y Montevideo con alrededor del 63%. El análisis fue realizado sobre estimaciones de las muestras ponderadas con el factor de ponderación de cada ciudad que tuvo en cuenta la estrategia muestral y una postestratificación por sexo y edad.

El principal objetivo de SABE fue evaluar el estado de salud de la población adulta mayor. El cuestionario incluyó características demográficas y socioeconómicas del entrevistado y los miembros de su hogar, autoevaluación de salud, síndromes geriátricos, enfermedades crónicas y limitaciones en las Actividades Básicas de la Vida Diaria y en las Actividades Instrumentadas de la Vida Diaria entre otras<sup>9</sup>. Mayores detalles pueden ser encontradas en “SABE – Metodología”<sup>10</sup>.

• ***Italian Longitudinal Study on Aging (ILSA), for Italy,***

El estudio ILSA consideró una muestra aleatoria de 5,632 personas de edades entre 65-84 años, incluyendo individuos viviendo en la comunidad e individuos institucionalizados. Las personas fueron identificadas de las listas de las oficinas del registro demográfico de 8 municipios en el Norte, Centro y Sur de Italia, usando una estrategia de afijación uniforme

---

<sup>9</sup> Medicament consumption, behaviours related with health (alcohol, tobacco, feeding, physical exercise, manualities or artistic activities), mobility, use and access of health services, previous labour activities, income, dwelling characteristic and equipment, familiar and institutional transference, and anthropometric. See questionnaire of SABE.

<sup>10</sup> Albala C., Lebrao M.L., León Díaz E.M., Ham-Chande R, Hennis AJ, Palloni A., Pelaez M, Prats Omar. Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE): metodología de la encuesta y perfil de la población estudiada. Rev. Panam. Salud Pública. 2005;17(5/6): 307-22

por sexo y grupos quinquenales de edad.

Las encuestas fueron conducidas en dos fases: la primera fase, para todos los participantes, incluyó una entrevista personal para el autoreporte de sus condiciones socio-demográficas, características de comportamiento y de salud, además de pruebas de laboratorio y de diagnóstico y un examen médico. Una segunda fase incluyó solo a los participantes que tenían algún resultado positivo en las pruebas y consistió en la confirmación clínica por un especialista de enfermedades cardiovasculares, diabetes o de condiciones neurológicas.

El diseño del estudio ILSA incluyó un estudio transversal (1992) y dos estudios de componentes longitudinales (1996, 2000-2001). Mayores detalles pueden encontrarse en Maggi et al, 1994

### **Procedimiento de Armonización**

Para obtener resultados comparables entre países y ciudades de este estudio, fue necesaria la construcción de indicadores comunes para el estado de salud y discapacidad que permitieran armonizar las características técnicas de cada estudio. Las decisiones técnicas siguientes fueron tomadas:

**Población de referencia:** se trabajó sobre los individuos no institucionalizados de la muestra, dado que dos estudios SABE y NHIS no los consideraron. **Técnicas de muestreo:** técnicas de muestreo diferentes fueron consideradas en los 4 estudios por lo que para obtener datos comparables las ponderaciones específicas de cada uno de los 4 estudios fueron aplicados en el análisis para generalizar los valores muestrales a las poblaciones de referencia en cada estudio y tomar en cuenta la técnica muestral aplicada.

**Grupos de edad:** dos estudios consideraron la población de todas las edades (Bulgaria y Canadá) y los otros población adulta mayor, Italia (65-84 años) y América Latina y el Caribe (60 y más). Aquí la decisión fue considerar para el análisis el grupo de edad común 65 -84 años. **Datos considerados de los diferentes estudios:** tres estudios corresponden con datos longitudinales (ILSA, NHIS, NPHS), mientras que SABE es un estudio transversal luego la decisión fue tomar solo datos transversales.

El tema de interés principal fue identificar las variables específicas para el estudio y revisarlas para crear las variables comunes armonizadas: variables socio-demográficas (edad, sexo, estado conyugal, arreglos familiares, educación, ocupación la mayor parte del tiempo), hábito de fumar, consumo de alcohol, actividad física, peso, estatura, auto-reporte de salud, auto-reporte de enfermedades (enfermedades del corazón, hipertensión, diabetes, corazón, cáncer, y enfermedades respiratorias), dificultades en la visión, y en la audición, actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y actividades instrumentadas de la vida diaria (AIVD), así como impedimento cognitivo.

La armonización de algunas variables fue muy rápida, simple y directa, mientras que para otras variables algunos problemas surgieron: para el auto-reporte de enfermedades en particular diferentes definiciones fueron consideradas en los estudios originales (para enfermedades cardiovasculares por ejemplo el estudio ILSA consideró infarto del miocardio, angina, y fallas del corazón, el estudio NHIS solo infarto del miocardio y SABE consideró infarto del miocardio, angina, y fallas del corazón, enfermedades coronarias del corazón y otros problemas). Luego los resultados deben ser analizados teniendo en mente esta limitación.

Los cuestionarios de Bulgaria y Canadá no consideraron una evaluación del estado cognitivo, de aquí la imposibilidad de incluirlos a ellos en la armonización de los impedimentos cognitivos.

El estudio ILSA adoptó el Mini-Mental State Examination (MMSE) (Folstein 1975), mientras que SABE evaluó el estado cognitivo a través de un test<sup>11</sup>, abreviado con una combinación de un test corto del Folstein Mini Mental State Examination (MMSE) y Pfeiffer Functional Activities Questionnaire (PFAQ), previamente validado<sup>12</sup>. Si la persona tenía impedimento cognitivo, la entrevista fue realizada a un proxy. El puntaje total había sido dicotomizado considerando el punto de corte estándar de cada escala (total puntaje <24 para MMSE; corto MMSE  $\leq 12$  y Pfeiffer  $\geq 6$  para el estudio SABE) en 0: no impedimento cognitivo, y 1 impedimento cognitivo.

### ***Medición de la Discapacidad***

Los estudios NHIS, ILSA tienen como variables originales sobre funcionamiento físico referido a la discapacidad (“Can you...?” or “Are you able to ...?”), para SABE fue (“Tiene usted dificultades para .”), mientras el estudio NPHS de Canadá se refiere a la dependencia (“Do you need help...?”). Entonces, como es importante medir el mismo concepto de funcionamiento físico y la encuesta de Canadá no puede ser comparada con los otros estudios, esta ha sido excluida de la armonización de la discapacidad.

Para NHIS, ILSA y SABE, las siguientes variables de ABVD fueron identificadas en los cuestionarios originales: bañarse, vestirse, comer, acostarse o pararse de la cama e ir al baño. También esas variables fueron armonizadas con una variable dicotómica en “1. Dificultades en hacer alguna de las actividades” contra “0. Completa independencia en las actividades”.

También se construyó una variable resumen basada en las 5 variables armonizadas de las ABVD, que contó el número total de actividades con discapacidad.

Solo los estudios ILSA y SABE incluyeron preguntas sobre AIVD en sus cuestionarios originales. Las siguientes variables fueron armonizadas: usar teléfono, hacer compras, preparar alimentos, hacer tareas de la casa, y tomar medicinas. También esas variables fueron armonizadas con una variable dicotómica con “1. Dificultades en hacer alguna de las Actividades Instrumentales” contra “0. completa independencia en las actividades instrumentadas”.

Considerando ambas variables armonizadas ABVD y AIVD, una nueva variable común sobre discapacidad física fue creada, con cinco posibles categorías: 0. independencia (completa independencia en ambas ABVD y AIVD); 1. Media discapacidad (dificultades en AIVD, no

---

<sup>11</sup> ABREVIATE MMSE: Abbreviated instrument for their application in the questionnaire of SABE. TECHNICAL REPORT OPS/OMS. Cecilia Albala. y G.Icaza . INTA., 1997.

<sup>12</sup> Rev Méd Chile, 2004.

problemas con ABVD); 2. Moderada discapacidad (dificultades en solo 1 ABVD); 3. Severa discapacidad (dificultades en 2-3 ABVD); 4. Completa discapacidad (dificultades en 4-5 ABVD).

### ***Análisis Estadístico***

La generalización de la muestra del estudio ILSA a la población Italiana ha sido tomado en cuenta por la ponderación de cada individuo de acuerdo a la distribución de edad de la población de referencia de Italia y la fracción muestral.

La generalización de la muestra del estudio SABE a la población de las ciudades estudiadas ha sido tomado en cuenta por la ponderación de cada individuo de acuerdo al diseño de la muestra para cada ciudad y la post-estratificación por sexo y grupos de edad de acuerdo a la distribución de la población de cada ciudad.

Los otros dos estudios NHIS de Bulgaria y NPHS de Canadá también fueron las estimaciones realizadas a través de datos ponderados con los factores correspondientes, que ajustaron por sexo y edad de acuerdo a la distribución de la población.

La asociación entre las variables estudiadas y los países o ciudades será evaluado a través del test chi-cuadrado.

El método de Sullivan fue aplicado para calcular la EVLD a partir de las prevalencias estimadas de discapacidad en cada país y ciudad y de las tablas de vida correspondientes a esos países o ciudades para la fecha de las encuestas originales.

### **Resultados**

En el grupo de 65 a 84 años predominan las mujeres las que representan alrededor del 60%.

Con relación al estado conyugal predominan las personas casadas o unidas y en segundo lugar las viudas, en la mayoría de los países se encuentran en tercer lugar las divorciadas o separadas y en último lugar las solteras. Italia y Bulgaria tienen los mayores porcentajes de personas casadas o unidas superando a todos los países investigados con un 59%. En América Latina y el Caribe la cifra se encuentra entre un 55% en Brasil y Chile y un 45% en Barbados con excepción de Cuba que presenta solo un 35% debido a su alta tasa de divorcialidad con relación al resto de los países, cifra que representa cerca de la cuarta parte de la población. Sobresalen una alta proporción de singles Barbados con 18% e Italia con un 7%.

**Tabla 1. Población según principales características Socio-Demográficas (%)  
(65-84 años)**

	Bul	Can	Arg	Bar	Bra	Chi	Cub	Mex	Uru	Ita
Tamaño muestral	1468	1918	747	1311	1494	904	1215	794	1057	5632
Hombres	45	41	39	41	41	40	41	42	38	41
Casado o unido	59	50	54	45	54	55	35	51	47	59
Viudo/divor	39	34	41	37	41	38	62	46	49	33
Soltero	2	6	5	17	5	7	3	3	4	7
Vive solo	-	45	21	23	15	10	11	11	20	18
Con cónyuge solo	-	44	32	23	23	15	10	15	27	37
< elemental	8	1	36	50	85	46	31	59	49	36

Con relación a los arreglos familiares sobresalen viviendo solos o con cónyuge solo Canadá con un 89% de la población, Italia con un 55% y en América Latina y el Caribe solo pasa del 50% Argentina, le siguen en orden Uruguay, Barbados y Brasil entre un 47 y un 37% y luego los tres restantes México, Chile y Cuba entre un 26 y un 21%, en este comportamiento pueden estar incidiendo problemas culturales y económicos.

Sobre educación contrastan los altos niveles de educación de los adultos entre 65 y 84 años en Canadá y Bulgaria con menos de la tercera parte sin escolarización o escuela elemental con relación a los restantes países incluida Italia que tienen más del 60% en esa categoría, cifras que van del 85% en Brasil a la mínima de alrededor del 60% en Cuba y Chile que son los que presentan la situación más favorable en educación en ese grupo de edad en la región.

**Tabla 2. Población según Hábitos Saludables y Estado de Salud (%) (65-84 years)**

	Bul	Can	Arg	Bar	Bra	Chi	Cub	Mex	Uru	Ita
Fumador	12	15	12	<b>6</b>	15	13	<b>29</b>	16	14	14
Alcohol cons.	7	36	23	6	6	9	4	<b>3</b>	17	<b>79</b>
Actividad Física	<b>70</b>	34	<b>13</b>	43	27	21	22	30	14	-
Auto reporte de salud *	<b>32</b>	23	<b>36</b>	52	55	60	64	68	38	-
Enfermedades del corazón§	6	17	20	12	22	<b>34</b>	24	<b>11</b>	26	15
Hipertensión	51	<b>34</b>	50	50	<b>57</b>	52	43	44	46	43
Diabetes	<b>10</b>	<b>10</b>	13	<b>22</b>	19	13	16	<b>22</b>	15	17
Corazón	9	<b>4</b>	5	6	8	7	<b>10</b>	6	4	8
Cáncer	3	5	5	4	4	4	3	<b>2</b>	<b>6</b>	<b>6</b>

\*Auto reporte de salud: pobre, mala y muy mala; §Bulgaria: solo MI

Sobre las actividades relacionadas con la salud se estudiaron algunas que pueden constituir factores de riesgo para la salud por su asociación con determinadas enfermedades entre ellas está:

- el hábito de fumar, encontrándose como fumadores corrientes entre un 12 y un 16% de la población de 65 a 84 años entonos los países estudiados, se exceptúan Barbados con cifras muy bajas solo un 6% y Cuba por muy altas con un 21%. Esto puede deberse a que en Cuba es donde se produce el mejor tabaco del mundo y ser también uno de los principales productores y exportadores del mundo estando muy difundido culturalmente ese hábito.

Resulta interesante analizar que la proporción de personas que “nunca fumaron” está entre el 45 y el 59% de la población con excepción de Bulgaria y Barbados donde esa cifra llega al 70%, en lo que pueden incidir aspectos culturales.

- Con relación al consumo de bebidas alcohólicas se indagó sobre el consumo de vino, cerveza y bebidas con licor (ron, agua ardiente, etc) y además la frecuencia del consumo, clasificándose como bebedor regular el que consumió 4 días o más por semana [bebedor regular (4+ días por semana)].

Se encontraron las mayores proporciones de bebedores regulares en Italia con un 79% y Canadá con un 36%. En América Latina y el Caribe sobresalen Argentina con un 23% y Uruguay con un 17% el resto de los países incluida Bulgaria está por debajo del 10%. En este comportamiento pueden estar presentes aspectos económicos y culturales entre otros.

- Sobre la realización de Actividad física rigurosa<sup>21</sup> se encuentran grandes diferencias estando en ventaja Bulgaria con el 70% de su población, le siguen Barbados con un 43% y luego Canadá con un 34% y el resto con 30% o menos, de ellos Uruguay y Argentina con menos del 15%.

Con relación al auto-reporte del estado de salud indicador que se considera buen pronosticador de la situación de salud de los adultos mayores, se observó que las personas que se perciben en buena salud: Excelente, Muy Buena y Buena son Canadá en primer lugar (77%) y Bulgaria en segundo lugar (68%). También se perciben en buena salud por encima del 60% Argentina y Uruguay el resto de los países se perciben en mayor proporción con mala salud (salud regular o mala). Puede existir algún tipo de problema metodológico al trabajarse con diferentes escalas<sup>22</sup>.

Algunas enfermedades crónicas que afectan a los adultos mayores pueden estar relacionadas con estilos de vida, problemas culturales relacionados con la dieta, aspectos relacionados con la situación económica o los niveles de bienestar. De acuerdo al nivel de prevalencia son las siguientes: Hipertensión, Corazón, Diabetes, Stroke y Cáncer.

En todos los países la enfermedad que tiene la mayor prevalencia es la Hipertensión, con grandes diferenciales entre países, Canadá presenta el menor porcentaje con un 34%, le siguen en orden creciente los países que tienen entre 43 y 49% entre los que se encuentran: Italia, Barbados, Cuba, México y Uruguay, y por último los que tienen un 50% o más de prevalencia entre los que están: Bulgaria, Argentina, Brasil y Chile.

Le siguen en orden de importancia las enfermedades del corazón y la diabetes estas dos enfermedades se alternan en magnitud entre los países, siendo las prevalencias de enfermedades del corazón mayor que las de diabetes en Canadá, Argentina, Brasil, Chile, Cuba y Uruguay y la prevalencia de diabetes es mayor que la prevalencia de enfermedades del corazón en Italia, Bulgaria, Barbados y México.

Con relación a las enfermedades del corazón se encuentran en mejor situación: Bulgaria con 6%, le siguen México y Barbados, Italia y Canadá entre 11 y 19%, entre un 20 y un 30% se hallan: Argentina, Brasil, Cuba y Uruguay, y con un alta de un 34% esta Chile.

Sobre la Diabetes se encontraron las menores prevalencias en Canadá y Bulgaria con un 10%, entre un 10 y un 20% están Argentina, Chile, Uruguay, Cuba e Italia, y más de un 20% Barbados y México.

Las prevalencias de enfermedades del corazón están muy cercas de las de diabetes, en unos países están por debajo y en otros por encima, como se observa la prevalencia de las enfermedades del corazón son mayores que las de diabetes en Canadá, Argentina, Brasil, Chile, Cuba y Uruguay, siendo en el resto al revés.

Con relación a las prevalencias de enfermedades del corazón se encuentran en mejor situación Canadá y Uruguay, con un 4% y los que presentan las mayores prevalencias son Bulgaria y Cuba con un 9 y un 10% respectivamente. Con más de un 5% se encuentran Uruguay, Italia, Canadá y Argentina, entre 3 y 4% se encuentran el resto con excepción de México que solo se

---

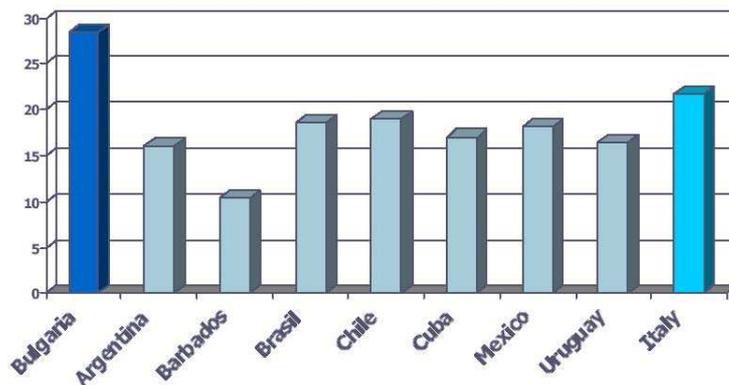
<sup>21</sup> De forma regular hacer tres veces a la semana o más ejercicios o actividades físicas rigurosas como deportes, trotar, bailar, o trabajo pesado.

<sup>22</sup> América Latina y el caribe (SABE) con 5 categorías y Canadá (NPHS) y Bulgaria (NHIS) con 7

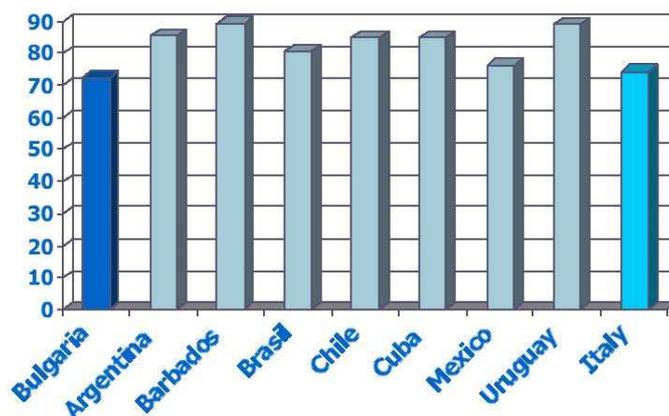
reportó en un 2%.

El Cáncer puede tener alguna subestimación por la tendencia que existe en algunos países como Cuba a no informar en muchos casos directamente a los pacientes adultos mayores de la tenencia de esta enfermedad, sino hacerlo a la familia, luego en la entrevista directa en muchos casos esta información se recogió de un familiar, no obstante las cifras de Cuba juegan con las Estadísticas del Registro de Cáncer en Ciudad de La Habana. En otros casos pueden estar subestimados por que las investigaciones son costosas y el acceso a los servicios de salud no son gratuitos, y los seguros de salud que tienen algunos países no son universales, ni cubren todas las necesidades médicas en muchos casos.

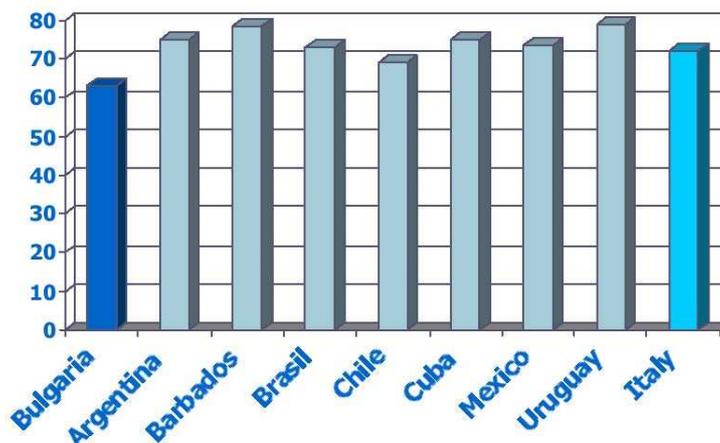
**Gráfico1. Prevalencias de discapacidad en ABVD (65-84 años)**



**Gráfico2. Esperanza de Vida Saludable en relación con ABVD.  
(Hombres 65-69 años) EVLD/EV (%)**



**Gráfico3. Esperanza de Vida Saludable en relación con ABVD.  
(Mujeres 65-69 años) EVLD/EV (%)**



### Principales aspectos

Las mujeres son las que se espera que tengan un mayor número de años viviendo con discapacidad en todas las edades y en todos los países.

Para hombres y mujeres (65-69, 70-74, 75-79 años) Bulgaria: Son los que van a vivir un porcentaje de años menos sin discapacidad Barbados-Uruguay: Son los que van a vivir un porcentaje de años mayor sin discapacidad

### Discusión

La esperanza de vida libre de discapacidad según las ABVD disminuye a medida que aumenta la edad en todos los países tanto para hombres como para mujeres, con un descenso más acentuado en las mujeres, que producen una marcada desventaja para las mismas, es decir, las mujeres aunque tienen una esperanza de vida mayor que los hombres, viven un por ciento mayor de esos años que restan por vivir con discapacidad o sea viven más pero con peor salud.

La esperanza de vida libre de discapacidad llega a ser a los 60 años en los hombres de alrededor del 82% de la esperanza de vida, siendo más favorable la situación en dos ciudades Bridgetown, y Montevideo llegando al 89% y la peor situación la tienen Bulgaria e Italia, seguidos por Ciudad de México, con menos del 76%.

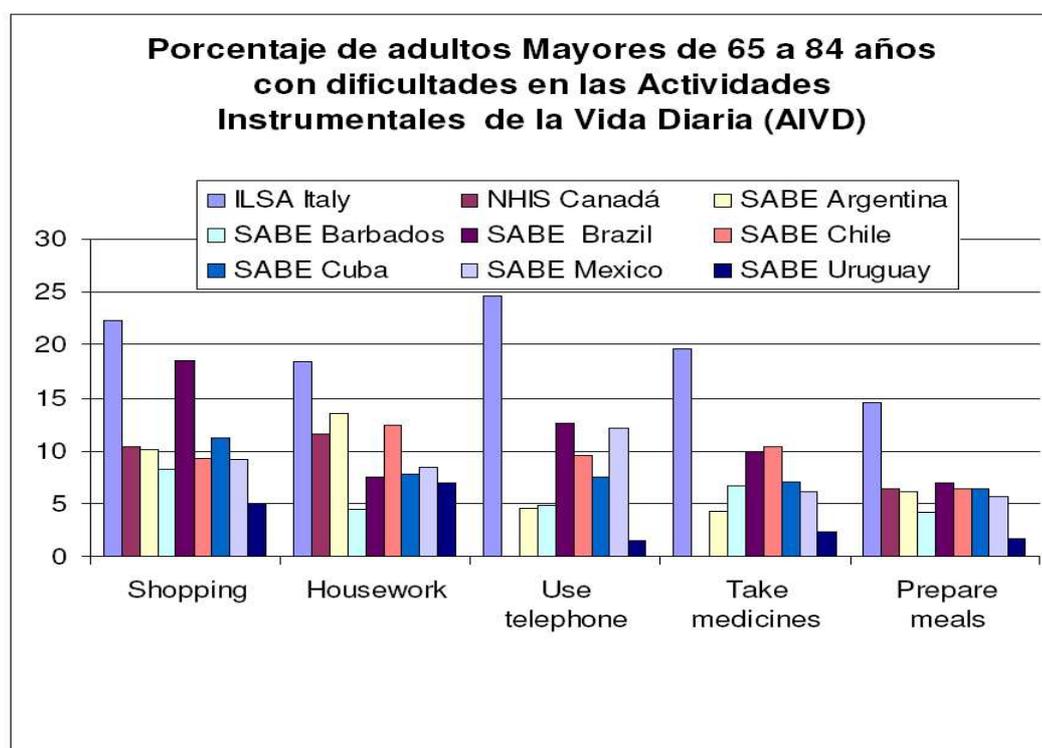
La esperanza de vida libre de discapacidad llega a ser a los 60 años en las mujeres de alrededor del 73% de la esperanza de vida, siendo más favorable la situación en dos ciudades Bridgetown, y Montevideo llegando al 79% y la peor situación la tienen Bulgaria y Santiago, Chile con menos del 69%.

El decrecimiento de los años de vida saludable con relación a las ABVD que se produce cuando aumenta la edad de 65 a 80 tiene una amplia variación en los porcentajes de años de vida libre de discapacidad entre los países para cada sexo, y tampoco es siempre similar entre sexos de cada país, como se muestra a continuación:

- Al comparar las diferencias entre la DFLE/LE % entre 65 y 80 años, entre los países se halló:

En hombres las diferencias oscilan entre 21% en Bulgaria y 4% en Santiago, Chile. En mujeres las diferencias oscilan entre 22% en Bulgaria y Buenos Aires y un 7% en Bridgetown y Montevideo.

- Al analizar esas diferencias de la DFLE/LE % entre 65 y 80 años, entre sexos se halló: Al comparar las diferencias de los porcentajes de DFLE/LE entre los más viejos y los más jóvenes, se encontró que en Italia, Bulgaria y Sao Paulo, Brasil, son casi iguales los comportamientos, en hombres y mujeres, y están de igual manera muy próximos Bridgetown, Montevideo, La Habana y Ciudad México, con un 2% de diferencia, mientras que la brecha es mucho más grande en Santiago, de 17 puntos porcentuales de diferencia (va de 4 a 21%) y en Buenos Aires del 12% (va de 10 a 22%), en ambas ciudades en desventaja de las mujeres.



Entre los indicadores evaluados de discapacidad en las AIVD se encuentran las mayores proporciones de adultos mayores con limitaciones en hacer compras y en las tareas del hogar. Y las menores dificultades en preparar alimentos, usar el teléfono, y tomar medicinas.

Por otro lado encontramos en las ABVD las actividades con mayores porcentajes de limitaciones en vestirse, caminar dentro de la habitación y bañarse y las menores dificultades en comer y en ir al baño.

Pueden incidir en las diferencias encontradas en la esperanza de vida saludable con relación a las AIVD y otros indicadores entre los países estudiados de América Latina y el Caribe, Italia y Bulgaria y Canadá, varios factores entre los que pueden estar:

- Problemas culturales, como la sobreprotección de los adultos mayores por sus familias como en algunos países de América Latina e Italia, en comparación con otros donde la autonomía es altamente valorada como puede ser en Canadá.<sup>23, 24</sup>
- Los diferentes niveles de escolaridad de la población
- El estado conyugal con los diferentes niveles de divorcialidad, dado que el estar casados o unidos puede constituir factores de protección sobre todo para los hombres.
- Los arreglos familiares donde las altas proporciones de vivir solo o solo con cónyuge, puede ser factor de riesgo y los que viven en otros arreglos familiares pueden estar más protegidos.
- Diferentes niveles socio-económicos de los países donde puedan enmarcarse diferencias tales como: las facilidades de transporte público para el acceso de los adultos mayores o problemas ambientales como estado de las aceras y calles o la iluminación de noche o la higiene y el ambiente social del barrio o reparto de residencia.

### **Limitaciones**

- La medición de la discapacidad a través de las preguntas del cuestionario fueron realizadas de diferente manera:  
NHIS , ILSA: Can You? Are you able to?  
SABE: Tiene usted dificultad para.... ?  
NPHS: Do you need help?
- La Percepción de Salud se captó con diferentes escalas
- Países con altas tasas de institucionalización como Uruguay y Barbados en América latina y el Caribe, pueden tener subestimaciones de algunos indicadores.

### **Fortalezas**

- Se realizó un proceso delicado y riguroso de armonización de las variables seleccionadas de los 4 estudios lo que posibilitó la comparación de los 7 países de América Latina y el Caribe con un estudio transversal y los otros tres países Canadá, Bulgaria e Italia con estudios longitudinales.
- Se trabajó con las subpoblaciones comunes 65 a 84 años
- Selección de individuos no institucionalizados, comparando solamente los que viven en la comunidad
- Se trabajó con los datos ponderados de acuerdo a los diseños muestrales de cada estudio para garantizar la comparabilidad de las poblaciones bajo investigación.
- Se utilizó en SABE un test de Impedimentos Cognitivos validado para personas

---

<sup>23</sup> N. Minicuci ; M. Noale ; M. F. Pluijm; M. V. Zunzunegui; T. Blumstein; D. J. H. Deeg; C. Bardage; M. Jylha; for the CLESA working group Disability-free life expectancy: a cross-national comparison of six longitudinal studies on aging. The CLESA project. Eur J Ageing (2004) 1: 37-44

<sup>24</sup> Cross-national comparison of disability in Latin American and Caribbean persons aged 75 and older Carlos A. Reyes-Ortiz a,\*, Glenn V. Ostir a, Martha Pelaez b, Kenneth J. Ottenbacher Archives of Gerontology and Geriatrics (2005)

mayores con bajos niveles de educación, que lo hace más preciso, para la comparabilidad con países que tienen mayores niveles de educación.

### **Otros elementos a tener en cuenta para el diseño de la muestra**

- Selección de los grupos de edad común a todos los estudios implica reducción del tamaño de la muestra final.
- Requerimientos especiales sobre Variables con bajos niveles de prevalencia pueden implicar aumentos de la muestra como Impedimentos Cognitivos que en el grupo de 65 a 84 años llegó a ser en Uruguay del 0,9 % quedando 10 personas en la muestra.
- Más de la mitad de las viviendas no tienen personas de 60 años o más. Una de cada 8 tiene personas de 80 años y más.

### **Recomendaciones**

Trabajar en la búsqueda de una estandarización de las preguntas de discapacidad y percepción de salud que permitan una compasión directa entre los diferentes estudios.

### **Referencias**

Cuestionarios de Entrevista y Mediciones. SABE-Cuba, [www.one.cu](http://www.one.cu).

Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE): metodología de la encuesta y perfil de la población estudiada. Albala C., Lebrao M.L., León Díaz E.M., Ham-Chande R, Hennis AJ, Palloni, A., Peláez M, Prats Omar. Rev. Panamericana de la Salud Pública. (Pan American Journal of Public Health). 2005;17(5/6): 307-22.

Enfermedades crónicas y limitación funcional en adultos mayores: estudio comparativo en siete ciudades de América Latina y el Caribe. Menéndez, J.; Guevara, A.; Arcia, Néstor; León E.M.; Marín, C.; Alfonso, JC. Rev. Panam Salud Pública. 2005;17(5/6)353-61.

PFEFFER RI, KUROSAKI TT, HARRAH CH, CHANCE JM, FILOS S. Measurement of functional activities in older adults in the community. *JGerontology*1982; 37: 323-9.

Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini-Mental State: a practical guide for grading the cognitive state of patients for the clinicians. *J Psychiatr Res* 1975; 12:189-198.

Health status studies. National Statistical Institute of Bulgaria. Vol.6, book4, Sofia,

Health Interview Surveys, Towards International harmonization of methods and instruments (1996), WHO Regional Publications, European Series No58

Maggi S, Zucchetto M, Grigoletto F, et al. for the ILSA Group. The Italian Longitudinal Study on Aging (ILSA): design and methods. *Aging Clin Exp Res* 1994; 6:464-473.

MMSE ABREVIADO. Instrumento abreviado para su aplicación en el cuestionario del proyecto SABE. INFORME TÉCNICO OPS/OMS. Cecilia Albala. y G.Icaza . INTA., 1997

SABE – Proyecto Salud Bienestar y Envejecimiento de los Adultos Mayores en América Latina y el Caribe, Ciudad de La Habana, Cuba. Estrategia Muestral. Esther M. León, Centro de Estudios de Población y Desarrollo; Centro Iberoamericano de la Tercera Edad. La

Habana, 1999.

SABE – Proyecto Salud Bienestar y Envejecimiento de los Adultos Mayores en América Latina y el Caribe, Ciudad de La Habana, Cuba. Año 2000/ Juan C. Alfonso, Esther M. León, Jesús Menéndez, Clara M. Marín, Néstor Arcia y Leocadio Martínez. Centro de Estudios de Población y Desarrollo; Centro Iberoamericano de la Tercera Edad. La Habana, 2005. ISBN 959-7119-36-6. [www.one.cu](http://www.one.cu).

Sanders BS. Measuring community health levels. *American Journal of Public Health*, 1964; 54(7): 1063-1070.

Sullivan DF. Conceptual problems in developing an index of health. *Vital and Health Statistics* 1966; May 2-17.

Sullivan DF. A single index of mortality and morbidity. *HSMHA Health Reports*, 1971.

The Eurohis Project, WHO-Regional office of Europe, 2000

Validation of a screening test for age associated cognitive impairment, in Chile. Pilar Quiroga, Cecilia Albala, Gonzalo Klaasen. *Rev Méd Chile* 2004; 132: 467-478.