COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE
Oficina de Montevideo

CÓMO ENVEJECEN LOS URUGUAYOS

NACIONES UNIDAS

LC/MVD/R. 185.Rev.2

Abril de 2000

1ª. edición: Noviembre de 2000

El presente documento ha sido elaborado por Ana María Damonte, consultora de la Oficina de CEPAL en Montevideo, quien a su vez realizó la coordinación del proyecto de investigación. El análisis estadístico del conjunto del trabajo estuvo a cargo de Álvaro Fuentes, y el capítulo sobre servicios y gasto en salud fue preparado por Marisa Bucheli y Magdalena Furtado, todos ellos también consultores de la Oficina de CEPAL en Montevideo.

La mayor parte de la información utilizada fue generada en el marco de la propia investigación, a través de la aplicación de la Encuesta sobre estilos de vida y salud de la población adulta (ENEVISA). Su relevamiento, bajo la forma de un módulo complementario de la Encuesta Continua de Hogares del año 1999, fue realizado por el Instituto Nacional de Estadística. El diseño de la muestra estuvo a cargo de Mónica Beltrami.

Las opiniones expresadas en este documento, que no ha sido sometido a revisión editorial, son de exclusiva responsabilidad de la autora y pueden no coincidir con las de la Organización.

La Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) es un organismo regional de las Naciones Unidas, fundado en 1948 y cuya sede se encuentra en Santiago de Chile. En la CEPAL participan todos los gobiernos de la región y su Secretaría tiene por funciones cooperar y asistir a los países y a la región en su conjunto en el proceso de desarrollo.

La Oficina de CEPAL en Montevideo tiene como funciones colaborar con Uruguay mediante la realización de estudios e investigaciones y la prestación de servicios de asistencia técnica sobre aspectos del desarrollo económico y social. Su dirección es Juncal 1305 piso 10, 11000 Montevideo, Uruguay, donde puede obtenerse información sobre sus publicaciones.

RESUMEN

El envejecimiento poblacional será, sin duda, el proceso demográfico de mayor relevancia para las sociedades en la próxima centuria, particularmente en el caso de Uruguay, país que presenta la estructura demográfica más envejecida de la región.

Hasta ahora, los enfoques prevalecientes sobre el tema han centrado su atención en la dimensión cuantitativa tanto actual como futura del proceso, lo cual constituye sólo un aspecto parcial del mismo. La presente investigación, en cambio, está enmarcada en un nuevo concepto universal sobre la vejez que apunta a lograr calidad de los años agregados a la vida. Por ello, el énfasis recae en la identificación de diversos factores de riesgo para la salud que pueden condicionar el logro de esa meta y que se vinculan con comportamientos y actitudes que los individuos desarrollan en su vida cotidiana y que, por depender de su voluntad, pueden ser modificados. Estos factores son analizados a partir de la información relevada en la Encuesta sobre estilos de vida y salud de la población adulta (ENEVISA), aplicada en el marco de la investigación, a la población de 55 años y más de edad residente en hogares particulares urbanos, bajo la forma de un módulo complementario de la Encuesta Continua de Hogares del año 1999.

El estudio permite identificar cuatro formas de envejecer para la población uruguaya, determinadas mediante el relacionamiento de los diferentes estados de salud con tres niveles de factores de riesgo. La definición de estado de salud utilizada trasciende asimismo la percepción o no de enfermedades crónicas y discapacidades, al considerar en forma explícita la capacidad funcional del individuo para desarrollar las actividades del diario vivir, así como la valoración que él mismo hace de su estado físico.

Uno de los hallazgos más importantes, y poco común en las poblaciones envejecidas, es el alto grado de independencia funcional que caracteriza a la población de los distintos tramos de edad considerados, aspecto que puede ser aprovechado en el diseño de políticas. Como elemento menos favorable se destaca el alto porcentaje de la población encuestada, sobre todo entre los 55 y 64 años, que no percibiendo enfermedad crónica lleva un estilo de vida nada o relativamente nada positivo, que puede condicionar su salud futura.

El documento aborda también otras áreas específicas de la salud, tales como los perfiles de morbilidad percibida, el consumo de medicamentos, la salud preventiva y el gasto en salud.

Dado que los valores, actitudes y conocimientos que subyacen en los factores de riesgo se vinculan con el nivel socioeconómico de pertenencia de los individuos, su conocimiento es básico para la determinación de acciones futuras. Por ello, el análisis no se limita al tratamiento tradicional sino que se extiende a temas como la cohabitación de distintas generaciones, las relaciones y razones de dicha convivencia, y las redes de apoyo.

Por último, el examen de temas emergentes como los relacionados con la seguridad ciudadana, la previsión de ahorro para la vejez, el cuidado de los mayores, la adaptación a la tecnología y las actividades reales y potencialmente ideales constituyen un amplio campo adicional de análisis, revelador de la diversidad de situaciones de vida que se observa en la población uruguaya.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento demográfico constituye un fenómeno nuevo y prácticamente irreversible en la historia humana, que irá extendiéndose paulatinamente a la población mundial. El carácter muy dinámico de este proceso enfrentó al mundo desarrollado al gran desafío de resolver sobre la marcha los problemas que iban emergiendo. Su experiencia, aunque en un contexto socioeconómico diferente, sirve de guía en la actualidad, a los países que aún no lo han alcanzado pero a los que se prevé que llegará en la primera mitad del siglo venidero. Su creciente difusión ha contribuido a la toma de conciencia sobre su significado e implicaciones y ha conducido a los gobiernos a la revisión de sus posiciones en relación a los problemas de población, ya no asociados a tasas de crecimiento elevadas, y a asumir los impactos que el mismo genera principalmente en las esferas de la seguridad social y de la economía de la salud.

En el caso de Uruguay, la estructura de edades de la población refleja un avanzado grado de envejecimiento, el que continuará acentuándose en las próximas décadas. El 13% de su población tiene actualmente 65 años o más de edad, situación que plantea múltiples efectos económicos, sociales y culturales en los que es necesario profundizar el conocimiento a fin de adecuar o elaborar políticas específicas que permitan evitar, o al menos mitigar, las consecuencias negativas que entraña dicho proceso.

Si se tiene en cuenta además que la población de 65 años y más de edad crece a una tasa cuatro veces superior a la del resto de la población, es dable esperar un aumento de ésta, tanto en términos absolutos como relativos, proceso que se acentuará hacia el año 2050. Si bien es posible prever que algunas de las características demográficas de este grupo se mantendrán similares o se acrecentarán con el tiempo, como la mayor presencia de mujeres con predominancia de viudas o el aumento de los hogares unipersonales, los principales aspectos relacionados con la salud y la calidad de vida dependerán, en cambio, en gran medida de las condiciones actuales de las generaciones que pasarán a integrar en los próximos años ese grupo etario.

Si se envejece como se vive, la observación de los adultos de hoy determina fuertemente las necesidades de demanda futura, de no mediar cambios de comportamiento en relación a hábitos y costumbres, y a situaciones de riesgo para la salud. Aún más, si el propósito es el de activar la medicina preventiva y mejorar la calidad de vida de la ancianidad, a la vez que facilitar las acciones de promoción de salud y prevención de enfermedades crónicas, resulta necesario identificar en la población adulta, los diferentes grupos de riesgo en relación con el estado de salud, para así focalizar en forma adecuada el diseño y la adopción de políticas y estrategias operacionales.

Como las situaciones de riesgo están influenciadas por el contexto socioeconómico y cultural, en el que se inscriben los valores y actitudes que las provocan, es también indispensable contar con un diagnóstico actualizado de la

población objetivo, de 55 años y más de edad, en sus dimensiones demográficas, sociales, culturales y económicas.

Las consideraciones precedentes fundamentaron el desarrollo de la investigación realizada, cuyos resultados se presentan en este documento, el cual se estructura en tres partes. La primera de ellas ofrece un marco de referencia del envejecimiento poblacional a nivel mundial, regional y, principalmente, nacional. Asimismo, presenta el marco teórico y la metodología utilizada para el relevamiento de la información.

La segunda parte aborda la relación entre el envejecimiento y la salud y está orientada a mostrar cómo envejecen los uruguayos. A través de la construcción de variables interrelacionadas se determinan las formas de envejecimiento que presenta la población bajo estudio y el análisis detallado de los factores de riesgo asociados a ese fenómeno.

Finalmente, la parte tercera desarrolla las características sociodemográficas de la población urbana de 55 años y más de edad, a la vez que presenta algunos temas emergentes que adquieren especial relevancia en estas edades, y que no tienen antecedentes documentados en el país.

PRINCIPALES CONCLUSIONES

En el contexto de América Latina, el caso particular de Uruguay plantea un escenario interesante por ser el país que presenta la estructura demográfica más envejecida. Con una población que apenas supera los 3:313.000 habitantes y siendo un país económicamente en vías de desarrollo, presenta características sociodemográficas asimilables a las de los países desarrollados. La mitad de la población sobrepasa los 31 años; más de 424 mil personas, que representan el 13% de la población total, tienen 65 años y más de edad; la tasa global de fecundidad se sitúa en 2.4 hijos por mujer; la esperanza de vida al nacimiento es de algo más de 74 años (78 y 70 años para mujeres y hombres, respectivamente) y hay dos menores de quince años por cada persona de 65 años y más.

Hacia el futuro, como es dable esperar, la mortalidad seguirá su curso descendente y tendrá un papel relevante en la agudización del proceso de envejecimiento. Bajo supuestos bastante conservadores en cuanto a su evolución se estima que desde el presente y hasta el año 2025, la vida media de los uruguayos se incrementará en algo más de 5 años. Ello significa que el porcentaje de población de 65 años y más de edad alcanzará entonces al 15%. En términos absolutos habrá casi 150 mil adultos mayores más que en la actualidad y la relación entre la población menor de quince años y la de 65 y más será 1.44.

Por otra parte, el crecimiento más dinámico de la población de edades más avanzadas (80 años y más) y la mayor sobrevivencia de la población femenina -dos procesos paralelos al envejecimiento global- se traducirán en casi una duplicación de la población de 80 años y más de edad, de la cual el 66% serán mujeres.

Estas cifras que testimonian el aumento de la longevidad de la población uruguaya representan a la vez un avance y un reto para los gestores de políticas, dado que si bien dichas consideraciones cuantitativas evidencian la importancia de tomar en cuenta el impacto del proceso de envejecimiento, no son suficientes para el desarrollo e instrumentación de acciones específicas destinadas a minimizar su efecto sobre la salud, la familia y la sociedad.

Es precisamente en el área de la salud en la que se plantean los mayores desafíos para prevenir enfermedades y discapacidades, y lograr que los años agregados a la vida lo sean en condiciones de calidad. Sin embargo, el logro de estas metas no debería descansar únicamente en el mejoramiento de la atención y la calidad de los servicios de salud, sino que gran parte de su éxito estará seguramente condicionado a la modificación de las conductas individuales y colectivas en relación a los estilos de vida, de modo que favorezcan el mantenimiento, mejoramiento y recuperación del bienestar y conduzcan a un envejecimiento activo y saludable.

Enmarcado en un nuevo concepto universal sobre la vejez, derivado del aumento acelerado del número de personas que sobrepasan las barreras cronológicas que estadísticamente se han impuesto para delimitarla (65 años), lo que es consecuencia de uno de los logros más exitosos de este siglo para la humanidad, el estudio realizado

tiene como referente empírico la Encuesta sobre estilos de vida y salud de la población adulta (ENEVISA), aplicada en el marco de la investigación a la población de 55 años y más de edad, residente en hogares particulares urbanos.

El estudio sobre el modo en que envejecen los uruguayos tiene un carácter pionero en la materia, que deriva principalmente de la utilización de nuevas herramientas metodológicas de análisis, en estricta consistencia con el enfoque que se privilegia, esto es, la promoción de un cambio en la valoración social de la vejez y, en forma consecuente, del objetivo de aumentar en forma sustantiva la calidad de los años que se agregan a la vida.

Al respecto, cabe destacar en primer lugar, la identificación de cuatro formas de envejecer, determinadas a partir del relacionamiento de los diferentes estados de salud con tres niveles de factores de riesgo. En segundo lugar, la adopción de una definición de "estado de salud" que trasciende la percepción o no de enfermedades crónicas y tiene en cuenta la capacidad funcional del individuo para desarrollar las actividades del diario vivir, así como la autovaloración de su estado físico. En tercer lugar, el énfasis que se asigna a la identificación y el análisis de los factores de riesgo que condicionan el envejecimiento, los cuales se relacionan con comportamientos, actitudes y sensaciones que los individuos desarrollan en su vida cotidiana y que por depender de su conducta pueden ser modificados.

Además, como las condiciones de riesgo se inician a edades más tempranas que las consideradas para delimitar a la población de adultos mayores, el estudio incluye también a las personas de entre 55 y 64 años, edades consideradas de transición hacia la vejez y en las que las políticas educativas de prevención tienen mayor campo de acción.

Los resultados y hallazgos más importantes de la investigación se resumen a continuación.

La población bajo estudio ha sido ubicada en cuatro escenarios o formas de envejecimiento. La primera forma corresponde al llamado "envejeciendo ideal". Apenas un 4.2% de la población urbana de 55 años y más de edad lo ha logrado o tiene la posibilidad de alcanzarlo, ya que presenta un estado de salud muy bueno y factores de riesgo bajo. Estas personas no perciben enfermedad crónica, hacen una autoevaluación de su estado físico muy buena y llevan un estilo de vida muy positivo, es decir, observan buena dieta, no tienen vicios sociales, realizan actividad física, tienen elevada autoestima, están socialmente integrados y gozan de una alta sensación de bienestar. Esta población constituye la prueba documentada de que es posible lograr envejecer idealmente, así como el referente nacional para motivar el cambio de las conductas de riesgo a fin de mejorar y optimizar esta etapa del ciclo de vida y corregir la imagen negativa de la vejez como sinónimo de enfermedades y dependencia.

Como el grupo estudiado es muy heterogéneo, esta forma de envejecer se estimó para cada edad separadamente. Los resultados no dejan de sorprender ya que son mínimas las diferencias entre los porcentajes de población que se incluyen en esta

categoría entre las edades más jóvenes y las más avanzadas (5% de la población entre 55 y 64 años, 4% de la de 65 a 79 años y 3% de la de 80 años y más).

La segunda forma de envejecimiento corresponde al llamado "envejecimiento activo". Integran este grupo las personas que, aún percibiendo enfermedad crónica, presentan un estado de salud bueno y factores de riesgo bajo. Los elementos favorables a destacar son similares al grupo anterior con un grado más bajo en la calificación de cada uno. El porcentaje de población en esta categoría alcanza al 3.7% de la población estudiada. Nuevamente llama la atención las diferencias entre los más jóvenes y los ancianos; mientras apenas el 2.6% de la población entre 55 y 64 años califica en esta categoría, en la de 80 años y más alcanza al 5.1%. Estos resultados sumados al escenario anterior indicarían que, en términos relativos, es mayor la población de ancianos que de adultos en la etapa que precede al envejecimiento que está en condiciones más favorables de vida.

El tercer grupo, integrado por la mayoría de la población (88%) corresponde al "envejecimiento habitual". Este grupo está conformado por personas que, al margen de que perciban o no enfermedad crónica, presentan factores de riesgo alto o relativos para su salud, y las que teniendo enfermedad y estado de salud regular presentan sin embargo factores de riesgo bajo. En este caso los elementos positivos y negativos no actúan aisladamente sino combinados. Así, por ejemplo, en este grupo hay población que no percibiendo enfermedades crónicas y teniendo una dieta buena, lleva sin embargo una vida completamente sedentaria o tiene un consumo severo de tabaco o alcohol, o que teniendo una dieta pobre o mala, no tiene vicios sociales, mantiene una actividad física moderada, tiene participación social, etc.

Los valores que alcanzan los porcentajes para los dos grupos de edades más bajas (55 a 64 años y 65 a 79 años), no muestran signos de cambio positivo y la transición parece ir en una sola dirección, esto es, hacia el envejecimiento patológico. Las cifras absolutas son preocupantes ya que se trata de algo más de 515 mil personas.

Existe sin embargo existe un elemento altamente positivo a favor de un cambio para reducir el riesgo de padecer discapacidades y es el referido al alto grado de independencia funcional que tiene la mayoría de las personas comprendidas en estas edades (93%), el que les permite un normal desempeño en la realización de sus actividades en la vida cotidiana. Ello cobra mayor relevancia si se tiene en cuenta que, situadas entre los 55 y 64 años, a estas personas les resta promedialmente por vivir entre 20 y 25 años, lo cual significa que muchas de ellas vivirán en retiro un período casi similar al de su vida activa.

Este resultado constituye uno de los hallazgos más importantes de la investigación, ya que resulta un aspecto poco común en las poblaciones envejecidas y puede ser aprovechado al máximo en el diseño de políticas. Cabe señalar que los factores de riesgo considerados en la investigación son externos a los individuos y se relacionan con sus estilos de vida en la dimensión personal y social, con las tensiones a que están sometidos diariamente y con la sensación de bienestar que experimentan consigo mismo, con la familia, y con la sociedad. Todos estos factores son susceptibles de ser modificados, pues dependen de sus propias conductas. Asimismo, aunque

muchas medidas susceptibles de adoptarse trascienden al sector salud, es posible que desde su propio ámbito puedan propiciarse cambios que atañen a otras esferas.

Finalmente, el cuarto escenario definido se identifica con el "envejecimiento patológico", el cual comprende esencialmente a las personas cuya sobrevivencia depende de terceros. Este grupo está integrado por algo más de 29 mil personas de 55 años y más de edad, que se distribuyen en partes iguales entre menores de 80 años y mayores o iguales a esa edad.

Los principales comportamientos asociados a situaciones de riesgo para la salud identificados en la investigación, los cuales imponen la necesidad de actuar en forma inmediata a fin de prevenir deterioros irreversibles, se indican a continuación.

i) Respecto a los hábitos alimentarios, se hace necesario inducir la reducción del consumo de grasas, harinas no integrales y sal, a la vez que el aumento de la ingesta de líquido a los niveles recomendados. Los resultados encontrados indican que la mayoría de las personas modifican sus malos hábitos con la aparición de alguna enfermedad crónica y tan sólo un bajo porcentaje lo hace con la intención de prevenir enfermedades y sentirse mejor.

ii) Los vicios sociales como el tabaco y el alcohol plantean un problema agudo entre los 55 y 64 años de edad. El 32 % de los varones y el 14 % de las mujeres son fumadores, predominando el consumo severo. En cuanto al alcohol, el consumo severo alcanza al 7.3% de los varones de dichas edades.

iii) El 58 % de las personas encuestadas no desarrollan actividades físicas, ni aún la de caminar. Su participación social en actividades recreativas no físicas es, en general, limitada y contribuye a fomentar el aislamiento social, el que se plantea como un problema creciente con la edad. De ellas, las realizadas en el domicilio (recibir visitas) ocupan el lugar central en la vida de la población investigada. Si a lo anterior se agrega que la dinámica hogareña es también baja, ya que la mayoría realiza dos o tres actividades en el hogar relacionadas con los quehaceres domésticos y las rutinas de funcionamiento habitual, y que el 48% de las mujeres y el 40% de los varones encuestados pasan más de tres horas diarias frente al televisor, se puede concluir que el sedentarismo es una característica relevante en la población investigada, aspecto altamente negativo ya que el mismo es una de las causas presentes en la mayoría de los padecimientos crónicos degenerativos, sin olvidar la influencia que tiene sobre la obesidad y la pérdida de bienestar físico y psicológico de las personas.

En relación a las afecciones crónicas percibidas por la población encuestada, las de mayor prevalencia son las enfermedades del aparato circulatorio, con una tasa de percepción que alcanza a 382 de cada mil personas. Ocupan el segundo lugar las enfermedades reumáticas cuya tasa de percepción se ubica en 268 por mil personas. La tercera causa corresponde al rubro "otras", que incluye algunas enfermedades específicas como cataratas, glaucoma, bocio, alergias, etc., con una tasa de percepción de 126 por mil . Con una tasa de percepción de 103 por mil, le siguen las enfermedades del aparato digestivo que, al igual que las enfermedades anteriores, tienen una mayor incidencia en la población femenina. Finalmente, la diabetes alcanza

también valores de percepción importantes en torno a 76 de cada mil personas encuestadas.

En cuanto a las necesidades de salud, el problema principal se relaciona con la audición y es declarado por el 18% de la población encuestada. De ésta, apenas un 12% usa audífono, lo cual significa que en la mayoría de los casos las personas conviven con una discapacidad auditiva que puede entorpecer su normal desenvolvimiento en la vida cotidiana.

El consumo de medicamentos alcanza al 73% de la población investigada, siendo las mujeres mayores consumidoras que los varones (79% entre la población femenina contra 64% entre la masculina). En particular, resulta elevado el uso de psicofármacos para dormir, el cual alcanza al 22% de la población encuestada, siendo también en su mayoría mujeres (74%). De la población que consume este tipo de medicación el 82% lo hace en forma permanente o con alta frecuencia.

Otro hallazgo de real importancia captado en la investigación tiene que ver con las prácticas preventivas de la población femenina con relación al cáncer del aparato reproductivo y de la masculina frente a los tumores de próstata.

Considerando la alta letalidad que tienen los tres tipos de cánceres del aparato reproductivo -el cáncer de mama, el cáncer de cérvix y el cáncer de útero-, a causa de los cuales mueren promedialmente por año 656 mujeres de 55 años y más de edad, los resultados revelan una importante falta de conciencia sobre el problema o un acceso restringido a los exámenes preventivos.

El 9% de la población femenina urbana de 55 años y más de edad declarara no haber consultado nunca a un ginecólogo, porcentaje que alcanza al 14% de la de 80 años y más de edad. Con una frecuencia de consulta mayor a los tres años lo hicieron el 54% de las mujeres de 55 a 64 años, el 60% de las de 65 a 79 años y el 67% de las de 80 años y más.

El 41% de las mujeres encuestadas nunca se hizo un examen de Papanicolaou, porcentaje que aumenta con la edad, lo que constituye un hecho preocupante ya que se parte de más de la cuarta parte de las mujeres entre 55 y 64 años y se llega a casi las dos terceras partes de las que tienen 80 años y más. Entre los años 1994 y 1996, murieron en el país 614 mujeres por cáncer de cérvix o útero, de las cuales 144 tenían 80 años y más de edad. También resulta bajo el porcentaje que representan las mujeres que se encuentran cubiertas en forma adecuada, sobre todo en las edades posmenopáusicas (entre 55 y 64 años), ya que solamente el 18% lo realizó hace menos de un año y un 17% hace entre uno y tres años.

Los resultados no dejan de impresionar por cuanto se sabe que el cáncer de mama tiene mayores posibilidades de curabilidad si el diagnóstico es oportuno y que 1.3 mujeres mueren por día por esta causa. Sin embargo, más de la mitad (52%) de la población urbana femenina de 55 años y más de edad nunca se realizó una mamografía. El porcentaje de mujeres en esta situación crece con la edad; del 41% entre los 55 y 64 años, pasa al 55% entre los 65 y 79 años y llega al 64% en las

edades más avanzadas. El problema es todavía más crítico si se considera que el 46% de las mujeres encuestadas no sabe practicarse un autoexamen de mamas.

A la población masculina se le interrogó sobre el conocimiento y realización del análisis que mide el nivel del Antígeno Prostático Específico (PSA) en la sangre. Los resultados muestran que casi la mitad de la población masculina encuestada desconoce la existencia de esta prueba y solamente el 22% la realizó alguna vez. Para dar una idea de la relevancia de estos datos basta con señalar que 550 varones de las edades bajo estudio mueren anualmente en el país por cáncer de próstata.

Con respecto a la cobertura y gasto en salud cabe destacar los siguientes aspectos. Las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC) cubren al 59% de la población estudiada, un 25% se atiende a través de los servicios brindados por el Ministerio de Salud Pública, un 13% tiene derechos de atención a través de otras instituciones, en tanto que un 3% declara no tener cobertura. Las empresas que prestan servicios de emergencia médica móvil cubren al 47% de la población encuestada; son contratadas adicionalmente por el 60% de los que tienen cobertura a través de las IAMC, por el 20% de los usuarios de Salud Pública y por un 10% de los que no tienen ningún otro tipo de cobertura. Más de la mitad del monto del gasto promedio estimado en salud corresponde al pago de la cuota mutual, en tanto que el resto se compone principalmente de medicamentos comprados en farmacia (13%), tickets para medicamentos y análisis (9%), servicios de emergencia médica móvil (8%) y consultas médicas y odontológicas (7%). En términos promedio el gasto en salud representa para los encuestados el 23% del ingreso personal y el 20% del ingreso per cápita del hogar.

La investigación otorgó especial énfasis al análisis de las características socioeconómicas de la población encuestada. Los resultados más relevantes de dicho análisis se presentan a continuación.

La sobremortalidad masculina y la desigualdad de edades al casarse son factores que determinan las disparidades en la situación conyugal de hombres y mujeres durante la etapa del envejecimiento. Los hombres tienen más chance de pasar hasta el final de su vida en pareja; 82% de los varones de entre 55 y 64 años tienen cónyuge, modo de vida que alcanza al 76% de los que tienen entre 65 y 79 años y al 51% de los de 80 años y más. La realidad femenina es completamente diferente ya que dichos porcentajes se reducen a 51%, 23% y 5%, respectivamente.

La historia migratoria reciente muestra una movilidad poco común entre la población adulta mayor, que alcanza al 7% de la población entre 65 y 79 años y a algo más del 4% de los más ancianos. Aunque se trata de una migración selectiva en cuanto al sexo en todas las edades consideradas, este hecho adquiere especial relevancia en las edades avanzadas. Otra particularidad de los migrantes recientes de 65 años y más de edad es que el 18% de ellos presentan un estado de salud malo, lo cual significa que dependen totalmente de terceros; esta proporción más que duplica a la del resto de la población del mismo tramo etario.

La población encuestada alcanza niveles de educación formal relativamente bajos, característica que tiende a modificarse en el tiempo con la incorporación de

contingentes con mayor permanencia en el sistema educativo. El mayor acceso de las mujeres al sistema educativo se refleja en el hecho de que un 37% de la población femenina que accedió a la enseñanza de nivel terciario universitario se concentra en el grupo de 55 a 59 años; la participación de los grupos de edades siguientes decae en forma acelerada, representando el grupo de 70 a 74 años tan sólo el 10% del total de la referida población.

La participación económica a partir de los 55 años de edad ofrece una situación atípica en relación a otros países. Más allá del notable aumento de las tasas de actividad femenina entre los 55 y 64 años, también se observa una tendencia creciente de éstas entre los 65 y 74 años. Entre los 70 y 74 años, edades en que la mayoría de las personas están en retiro, las tasas de actividad femeninas aumentaron en el lapso de los últimos quince años, algo más de tres puntos porcentuales. La mayoría de estas mujeres se ubican en el estrato de ocupación bajo, que comprende a los operarios calificados y no calificados, y a los trabajadores de servicios personales.

Con respecto a la vivienda se constata una alta proporción de propietarios (74%), de los cuales la inmensa mayoría (88%) la tienen totalmente paga. El 9% de las mujeres y el 7% de los varones encuestados habitan en viviendas cedidas por un familiar que no integra el hogar. Las tres cuartas partes de los propietarios exclusivos, o sea aquellos que no comparten la tenencia con otro familiar, pueden disponer de su venta en forma inmediata.

Más de la mitad de la población de 55 años y más de edad se ubica en los quintiles de ingreso más alto (cuarto y quinto), en tanto que menos de la cuarta parte lo hace en los más bajos (quintiles 1 y 2). El ingreso promedio de las mujeres perceptoras de ingresos es la mitad del de los varones en la misma situación. En los hogares que comprenden personas de diferentes generaciones, la población de 55 años y más aporta entre el 50% y el 60% de los ingresos totales del hogar.

Las parejas solas o que conviven con hijos casados o solteros continúan constituyendo el elemento central de la vida familiar uruguaya para la población situada entre los 55 y 64 años. La diversificación de las estructuras familiares aparece especialmente en las etapas más avanzadas de la vida, a partir de la salida de los hijos del hogar y en la viudez. El 46% de la población de 55 a 64 años vive en hogares integrados por dos generaciones, porcentaje que se reduce al 20% entre la población de 65 a 79 años y alcanza el 26% para la de 80 años y más. Las parejas solas representan para dichos grupos de edades, respectivamente, el 23%, el 27% y el 12%, en tanto que la población que vive sola registra un notable incremento al avanzar la edad, pasando de 14% entre los 55 y 64 años, a un entorno del 28% al 29% en los dos grupos etarios siguientes.

La familia sigue siendo el componente primario de apoyo y ayuda a los más ancianos. El 42% de la población encuestada de 80 años y más vive con algún hijo, un 37% no vive con ningún hijo pero igualmente los tiene y un 21% no tiene hijos. Si bien la existencia de hijos es importante desde el punto de vista afectivo aun cuando no se viva con ellos, el lugar en que éstos residan resulta importante en la medida en que pueden constituir una red de respuestas inmediatas a situaciones emergentes. Es precisamente en las edades más avanzadas donde las redes de apoyo de este tipo

disminuyen; el 59% de la población de 80 años y más tiene al menos un hijo cerca o en el mismo departamento en que reside en el país, un 8% tiene todos sus hijos en otros departamentos, un 4% tiene todos sus hijos en el extranjero y un 29% no tiene hijos. Otra situación crítica, que en parte se sobrepone con la anterior, es la de las personas que viven solas.

Desde el punto de vista social y afectivo, la comunicación con otros familiares constituye otra importante red de apoyo que complementa y en algunos casos sustituye el soporte de los hijos. La gran mayoría de la población encuestada(82%) mantiene comunicación con otros familiares, porcentaje que se mantiene en todos los tipos de arreglos familiares.

Respecto a la red de apoyo que conforman vecinos y amigos, el porcentaje de población que cuenta con familias en el vecindario a las cuales recurriría en caso de emergencia, alcanza al 88%, en tanto que las que cuentan con amigos es del 62%.

Por último, la investigación realizada incorporó el análisis de diversos temas emergentes que adquieren especial relevancia en las edades consideradas. En relación a ellos, cabe destacar los aspectos siguientes.

En relación con el entorno social, la población encuestada más joven percibe como principal problema social la violencia y el maltrato. Para los más ancianos el transporte constituye el principal problema, lo cual sugiere la existencia de una relación entre la disminución de la movilidad, propia de esa edad, y las dificultades para abordar las unidades de transporte colectivo en las que, salvo raras excepciones, su diseño resulta inadecuado para el ascenso y descenso de ancianos.

La mayoría de la población encuestada siente que su barrio es seguro frente a acciones como robos, rapiñas, copamientos y otros actos delictivos, sensación que crece a medida que aumenta la edad. Al margen de la seguridad que puedan sentir, a la gran mayoría de las personas les gusta el barrio en que viven.

El 9% de la población urbana de 55 años y más de edad ha sido víctima de robos o actos de violencia en la calle o en su domicilio en los últimos seis meses, siendo en su mayoría mujeres (55% contra 45% de varones). El perfil por edad y sexo de las víctimas es algo diferente; las víctimas mujeres se concentran en las edades más jóvenes (48% tienen entre 55 y 64 años), en tanto los varones lo hacen en el grupo etario intermedio (50% tienen entre 65 y 79 años). Las agudas secuelas de temor que ha dejado la experiencia personal de un acto violento alcanza a la mitad de las mujeres víctimas y tan sólo a la cuarta parte de los varones en similar situación.

Con relación a otros problemas percibidos en el barrio, el 29% de la población encuestada siente inseguridad en calles y rutas sin señalizar para su cruce, un 17% problemas de contaminación ambiental y un 16% considera que el transporte público es escaso o de baja frecuencia.

Finalmente, algunos otros temas nuevos en el estudio del envejecimiento han permitido delinear situaciones que ameritan realizar, con posterioridad, un análisis más exhaustivo. Entre ellos corresponde señalar las siguientes.

Un 6% de la población encuestada es cuidador voluntario de otras personas que necesitan atención especial en su vida cotidiana. El 68% de estos cuidadores voluntarios son mujeres y la mayor parte de las cuales tienen entre 55 y 64 años de edad. El 55% de las mujeres cuidadoras no tienen cónyuge, en tanto el 85% de los varones que se declaran en esta situación tienen a su lado la figura femenina del cónyuge.

La prestación de atención y cuidados a terceras personas genera situaciones que afectan la propia salud de los cuidadores: la mayoría de ellos se sienten cansados o deprimidos, y/o han tenido que dejar de realizar actividades culturales o recreativas, enfrentar problemas económicos o dejar de trabajar. Si se tiene en cuenta que el 61% de estas personas tienen entre 55 y 64 años y su vida actual está condicionada por estas situaciones, parece evidente que ello habrá de repercutir en la calidad de su propio envejecimiento futuro.

La tecnología ha tenido en la última década un enorme desarrollo, que ha repercutido en la simplificación y facilitación de las tareas habituales. Así, en el ámbito del hogar, los electrodomésticos han ido incorporando rápidamente tecnología de avanzada y, fuera de él, los cajeros automáticos han suplantado trámites administrativos de forma irreversible. Este es un hecho muy importante pues margina a un sector de la población que adopta una actitud de rechazo ante la complejidad del cambio, aumentando con ello la brecha que lo separa de la tecnología en uso y generando a la vez situaciones de dependencia para la realización de determinadas actividades del diario vivir. En términos generales, el porcentaje de población que no se adapta a la nueva tecnología aumenta en relación directa con la edad y con la mayor complejidad del manejo. En la población de edades más jóvenes (55 a 64 años) algo más del 18% no sabe usar un control remoto, el 67% no maneja el microondas, el 80% no sabe usar un cajero automático y el 86% no sabe usar una computadora.

Los resultados respecto a las perspectivas económicas para la futura vejez entre la población que tiene entre 55 y 64 años, ponen en evidencia que casi la cuarta parte de esta población no tiene previsto medios económicos para solventar su vejez, ni siquiera jubilación. Este último dato llama la atención por cuanto el 93% de los varones y el 39% de las mujeres que declaran no tener previsión económica están actualmente trabajando.

El análisis presentado no pretende agotar los temas investigados, los que deberán ser profundizados en etapas posteriores, pero sí permite avanzar en el conocimiento de nuevas áreas de impacto del envejecimiento, de modo de facilitar las acciones de los gestores de política y ayudar a orientar esfuerzos para generar mecanismos que hagan posible alcanzar el envejecimiento ideal o, al menos, evitar el envejecimiento patológico.

PARTE I

MARCO REFERENCIAL Y CONCEPTUAL

[illegible]

[illegible]

A. ACCIONES RELACIONADAS CON EL ENVEJECIMIENTO DEMOGRÁFICO

El envejecimiento demográfico es una de las expresiones más notables de los cambios registrados en la estructura de la población mundial. Dista mucho de ser un temario simple, ya que va más allá de las consideraciones cuantitativas generales sobre la distribución de la población por edades y su dinámica. La comprensión del fenómeno, el entendimiento de sus causas y la valoración de sus consecuencias requieren, además de su identificación y medición, un enfoque profundo sobre el tema.

El aumento de la esperanza de vida de la población en general, pero en particular la de los adultos mayores en todo el mundo, debe ser entendido como un resultado exitoso para la humanidad. El avance de la tecnología, la medicina preventiva y la mayor información de la población en relación a las condiciones de riesgo aumentan las expectativas de llegar a las edades adultas en mejores condiciones de salud y vivir una vejez más apropiada. Sin embargo, este éxito puede verse opacado si la calidad de vida de las personas adultas mayores no cumple con ciertos requisitos mínimos. En base a esta preocupación y desde varias décadas atrás, las Naciones Unidas comenzaron a plantear recomendaciones y desarrollar acciones en este sentido.

Desde la Conferencia Mundial de Bucarest 1974, siguiendo por México 1984 y El Cairo 1994 el Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (ICPD) hace frecuente referencias acerca de la importancia y la dirección de las acciones orientadas hacia las necesidades que habrá que atender como consecuencia del incremento en términos absolutos y relativos del número de personas adultas mayores, así como sus implicaciones económicas, familiares y sociales.

Como resultado de cinco años de trabajo de preparación a nivel internacional, regional y nacional, que incluyó la recopilación de datos demográficos sobre envejecimiento, tendencias y análisis a diversos niveles de desagregación, el "Comité Principal de la Asamblea Mundial sobre Envejecimiento", celebrada en Viena en 1982, plasmó en un documento el "Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento" que fue aprobado por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su resolución 37/51 del 3 de diciembre de 1982[1].

Dicho plan plantea diversas recomendaciones en materia de salud y nutrición, prevención de discapacidades y enfermedades, participación social, seguridad económica, vivienda, medio ambiente, protección del consumidor, investigación y educación.

El 16 de diciembre de 1991 la Asamblea General de las Naciones Unidas incluyó, en su resolución 46/91, un conjunto de Principios en Favor de las Personas de Edad para que los países miembros los incorporen o adapten a sus programas nacionales de salud. En los mismos se recomienda que las personas de edad cuenten con independencia sobre cómo y dónde vivir; participen activamente en la sociedad;

[1] El Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento está contenido en el *"Report of the World Assembly on Ageing*, Vienna, July, August 1982, capítulo IV, sección A, publicación de las Naciones Unidas, S.82.I.16.

puedan recibir los cuidados y la protección de sus familias y la comunidad; y tengan acceso a recursos educativos, culturales y recreativos que les permitan su autorrealización para poder enfrentar con dignidad los últimos años de vida.

En las metas nacionales relacionadas con la infraestructura se señala el fortalecimiento de actividades nacionales de investigación sobre el envejecimiento, así como la publicación y difusión generalizada de informes ordinarios sobre la situación del envejecimiento en cada país.

También, tanto en esta resolución como en la 46/94 y la 46/106, recomendó que se definiera un conjunto de objetivos mundiales relativos al envejecimiento para el año 2001. El propósito de estos objetivos fue que sirvieran de orientación pragmática a las metas del Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento, a fin de acelerar su ejecución.

Recuadro 1

Objetivos mundiales relativos al envejecimiento para el año 2001

Los objetivos mundiales propuestos como orientación pragmática a las metas amplias del Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento, y a fin de acelerar su ejecución son los siguientes:

Objetivo 1. Apoyo a los países en el establecimiento de objetivos nacionales relativos al envejecimiento.
Objetivo 2. Promoción de apoyo para integrar el envejecimiento en los planes y programas nacionales e internacionales de desarrollo.
Objetivo 3. Promoción de apoyo a los programas de atención y participación de las personas de edad más avanzada basados en la comunidad.
Objetivo 4. Mejoramiento de las investigaciones sobre envejecimiento entre países, incluida la unificación de la terminología y la metodología.
Objetivo 5. Inclusión del tema sobre el envejecimiento en celebraciones y reuniones internacionales de importancia.
Objetivo 6. Establecimiento de una red mundial de voluntarios de mayor edad en pro del desarrollo social y económico.
Objetivo 7. Viabilización de una cooperación más estrecha entre las organizaciones no gubernamentales en relación con el envejecimiento.
Objetivo 8. Viabilización de una cooperación más estrecha entre las organizaciones intergubernamentales en relación con el envejecimiento.

Fuente: Naciones Unidas, Ejecución del Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimento: Integración de las personas de edad en el desarrollo. A/RES/47/86, Nueva York, 1992.

En su resolución 47/5 del 16 de octubre de 1992, la Asamblea General de las Naciones Unidas declaró a 1999 como "Año Internacional de las Personas Adultas

Mayores". El tema central establecido es "Hacia una sociedad para todas las edades", concepto que reafirma la noción de "Una sociedad para todos", promovida por la "Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social", celebrada en Copenhague en marzo de 1995, a la que asistieron 117 Jefes de Estado.

La Asamblea General decidió no realizar conferencia mundial sobre el envejecimiento en dicho año, pero sí que los órganos de las Naciones Unidas y los Estados Miembros organizaran eventos y adoptaran iniciativas en las que también participaran las ONGs, a fin de promover la integración entre distintos grupos de edades y contrarrestar la exclusión social.

Para cumplir las actividades, el marco conceptual del programa para los preparativos y su celebración incluye cuatro dimensiones: la situación de las personas de edad, el desarrollo permanente de las personas a través de su vida, las relaciones multigeneracionales, y el desarrollo y envejecimiento de la población.

Asimismo, el Papa Juan Pablo II ha adherido a esta celebración y el Consejo Pontificio para los Laicos ha redactado el documento titulado "La dignidad del anciano y su misión en la Iglesia y en el mundo", que comienza afrontando los desafíos que plantea el crecimiento constante del número de ancianos. -"Esta especie de revolución silenciosa, que va mucho más allá de los datos demográficos plantea problemas de orden social, económico, cultural y psicológico, cuya amplitud es desde hace tiempo objetivo de atención de la Comunidad Internacional"- [2]

En el ámbito de Uruguay y en apoyo a la declaración de la ONU del Año Internacional de las Personas Adultas Mayores, el Poder Ejecutivo decretó la creación de una Comisión Nacional destinada a preparar y coordinar las actividades a realizarse durante el año[3]. Los objetivos centrales fueron sensibilizar a la población en general sobre el envejecimiento, promover una vejez activa y mejorar las relaciones intergeneracionales

En el contexto regional, los países han asumido y reconocido también la importancia de considerar anticipadamente los efectos del proceso de envejecimiento que hacia el año 2025 tendrá gran intensidad en la región. Ello se refleja en el Plan de Acción Regional Latinoamericano y del Caribe sobre Población y Desarrollo que adoptó la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), con arreglo a la resolución 536 (XXV). En el capítulo III, párrafo 62 (vii) se establece que uno de los objetivos específicos es "considerar los cambios a mediano y largo plazo de la estructura por edades de la población en la formulación de las políticas sociales (salud y seguridad social, empleo, educación y vivienda) para garantizar la atención de los grupos etarios de mayor crecimiento y más vulnerables (CEPAL, 1996, pág. 32). En el marco del Plan de Acción, las personas adultas mayores forman parte de los grupos etarios de mayor crecimiento y más vulnerables. Asimismo, en dicho Plan se establecen las actividades que los países de la región habrán de llevar a cabo en forma conjunta. Concretamente, se recomienda que los países se organicen y realicen

[2] Traducción del texto editado en italiano, tomado de página Web del Programa de Geriatría y Gerontología de la Universidad Católica de Chile.
[3] Decreto 270/998 del 29/09/98.

proyectos de investigación para ampliar y profundizar los conocimientos sobre los aspectos claves de la dinámica demográfica, prestando especial atención a la relación entre dichos aspectos y el entorno socioeconómico y cultural.[4]

Estas acciones, resoluciones, principios y objetivos, conjuntamente con la designación del primero de octubre como Día Internacional del Adulto Mayor, marcan la preocupación por abrir espacios en la sociedad para los adultos mayores.

B. MARCO REFERENCIAL

El envejecimiento individual o senescencia no es un acontecimiento exclusivo de las sociedades contemporáneas y su estudio siempre ha resultado de interés en todas las etapas del desarrollo de las sociedades, principalmente para los cientistas sociales y médicos de todas las épocas. Sin embargo, en la actualidad se asiste a una situación muy particular en la cual aumenta muy rápidamente el número de personas que sobrepasan las barreras cronológicas que el hombre ha situado como etapa de la vejez. Esto sí constituye un hecho sin precedentes históricos. Algunos investigadores[5] creen que en el futuro será posible enlentecer el proceso de envejecimiento y por lo tanto, prolongar considerablemente la vida de los seres humanos. Las mayores esperanzas provienen del campo de la genética.

El envejecimiento de la estructura por edades de la población (envejecimiento demográfico), a diferencia del envejecimiento individual, es un fenómeno completamente nuevo en la historia de la humanidad, que si bien no reviste carácter de irreversible, existen fuertes presunciones de que se trata de un proceso ineludible en el futuro. La declinación de la fecundidad ha tenido el mayor impacto en promover el envejecimiento de la estructura por edades de la población, lo que sumado al aumento de la esperanza de vida ha dado al fenómeno del envejecimiento demográfico, en el umbral de un nuevo siglo, un relieve sin precedentes que constituirá el acontecimiento demográfico de mayor significación para todas las sociedades en el futuro.

Si bien el envejecimiento poblacional puede ser considerado como uno de los logros más importantes de la humanidad, puede también transformarse en un problema, de no brindarse soluciones adecuadas y oportunas a las consecuencias que del mismo derivan. En este sentido, es particular la situación de los países en desarrollo ya que la rápida transición demográfica acentuará las dificultades de manejo y requerirá un cambio importante de las prioridades en materia de salud y servicios de apoyo social y financiero a los ancianos.

---

[4] Tomado de: CEPAL/CELADE, *Envejecimiento: cuatro facetas de una sociedad para todas las edades*, LC/DEM/G.174, Serie A, N° 309, Santiago de Chile, diciembre 1997.

[5] Gerard Schellenberg y sus colegas de la Universidad de Washington, y George Roth del National Institute on Aging de Maryland, entre otros.

1. Situación mundial

La estructura de la población mundial envejece en forma irreversible. Entre los años 1950 y 2000, la población mundial se habrá incrementado en algo más del 141%, pero la población de 65 años o más lo habrá hecho en un 218% y la de 80 años o más en un 386 por ciento. Según lo indican las proyecciones de Naciones Unidas (variante media) durante los próximos 50 años, mientras que la población mundial se incrementará un 54%, la población de personas de 65 años y más, y la de 80 años y más lo harán en un 241% y un 380%, respectivamente.

El número de ancianos que se agrega a la población mundial se está aproximando ahora a 9 millones por año, algo menos del 10% del agregado anual, y llegará hasta casi 14,5 millones por año en el período 2010-2015. Actualmente un 77% del aumento en las poblaciones de mayor edad ocurre en las regiones en desarrollo y hacia el año 2015 dicho porcentaje se elevará al 80 por ciento. Hacia el quinquenio 2045-2050, cuando el total de la población mundial aumente a razón de menos de 50 millones de personas por año, las poblaciones de mayor edad lo harán a casi 21 millones por año, correspondiendo el 97% de este aumento al aporte de las regiones hoy en desarrollo.

Entre 1998 y el año 2050 el peso de los adultos mayores más que se duplicará, pasando desde el 6.8% a 15.1%. Pero las generaciones de personas de edad estarán en mejores condiciones de salud, serán más educadas y más productivas que aquellas que les precedieron, según el reporte de Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP) sobre estado de la población mundial 1998.

Cuadro 1
Indicadores seleccionados de envejecimiento en el mundo

Regiones	Población total (millones) 1998	Tasa anual media de crecimiento 1995-2000 %	Porcentaje de población*		Esperanza de vida al nacimiento*			Edad mediana 1995**
			Menores de 15	65 y más	Ambos sexos	Hombres	Mujeres	
Total mundial	5.929,8	1.4	31	7	66	64	68	25.4
Regiones más desarrolladas	1.181,5	0.3	19	14	75	71	79	35.8
Regiones menos desarrolladas	4.748,3	1.7	34	5	64	62	66	19.0

Fuentes: FNUAP, Estado de la Población Mundial 1998
* Population Reference Bureau, 1999 World Population Data Sheet
** World Population Prospects: The 1996 Revision, demographic Indicators by Major Área

Las diferencias entre las tasas de fecundidad y mortalidad de la población contemporánea son considerables, provocando con ello grandes desigualdades en la estructura por edades y en los procesos de envejecimiento de la población según los países. Así, la mayor proporción de población de 65 años y más de edad se encuentra en Europa, situación que se mantendrá en los próximos treinta años. En África y Asia Occidental, las proporciones de ancianos son relativamente bajas, pero es en la región de África Sursahariana donde se registra la menor proporción de dicha población, que alcanza al 3.2% en la actualidad y que sólo llegará al 4.2% en el año 2025.

2. Situación en América Latina y el Caribe

Hasta hace poco tiempo, la región observaba el envejecimiento de la población como un acontecimiento exclusivo de los países más desarrollados y resultaba difícil considerar que el mismo se convertiría en un proceso universal, que se alcanzaría en tiempos y con ritmos diferentes según los países. Los problemas se centraban entonces en la reducción y control de la fecundidad a fin de frenar la explosión demográfica que tuvo su punto culminante en los años sesenta. La misma es responsable que al presente se registre en esos países una gran proporción de jóvenes (a nivel mundial es la mayor generación de jóvenes en la historia de la humanidad), los que en los próximos 50 años pasarán a engrosar la población en las edades adultas mayores.

Estos jóvenes y sus descendientes asegurarán que la población de la región siga aumentando durante varias décadas del siglo venidero. Entre los años 1998 y 2025 la misma aumentará 190.1 millones, de los cuales más del 63% corresponderán a América del Sur.

El envejecimiento demográfico será un hecho inevitable si se considera que la fecundidad seguirá su curso descendente y que los adelantos en salud preventiva y atención médica preservarán la vida de las personas, especialmente en las edades extremas de la vida con la consecuente elevación de la esperanza de vida al nacimiento.

Este proceso gradual de cambios, que trata de explicar la teoría de la transición demográfica, permite clasificar a los países de la región en cuatro categorías según la etapa en que se encuentren[6]. Algunos indicadores resultan muy ilustrativos para reflejar las diferentes facetas de la transición demográfica y su evolución futura. A efectos comparativos, en el Cuadro 2 se han seleccionado algunos países de la región

[6] La tipología elaborada por el CELADE (1992) es la siguiente: **Grupo I, Transición incipiente** (países con natalidad y mortalidad altas, con un crecimiento natural moderado, del orden de 2.5%); **Grupo II, Transición moderada** (países de alta natalidad y mortalidad moderada, con un crecimiento natural elevado, cercano al 3%); **Grupo III, En plena transición** (países con natalidad moderada y mortalidad moderada o baja lo que determina un crecimiento natural cercano al 2%); **Grupo IV, Transición avanzada** (países con natalidad y mortalidad moderadas o bajas y crecimiento natural del orden del 1%).

dentro de cada uno de estos grupos, y se han incorporado también Canadá y Estados Unidos.

Cuadro 2
Indicadores seleccionados de envejecimiento en las Américas

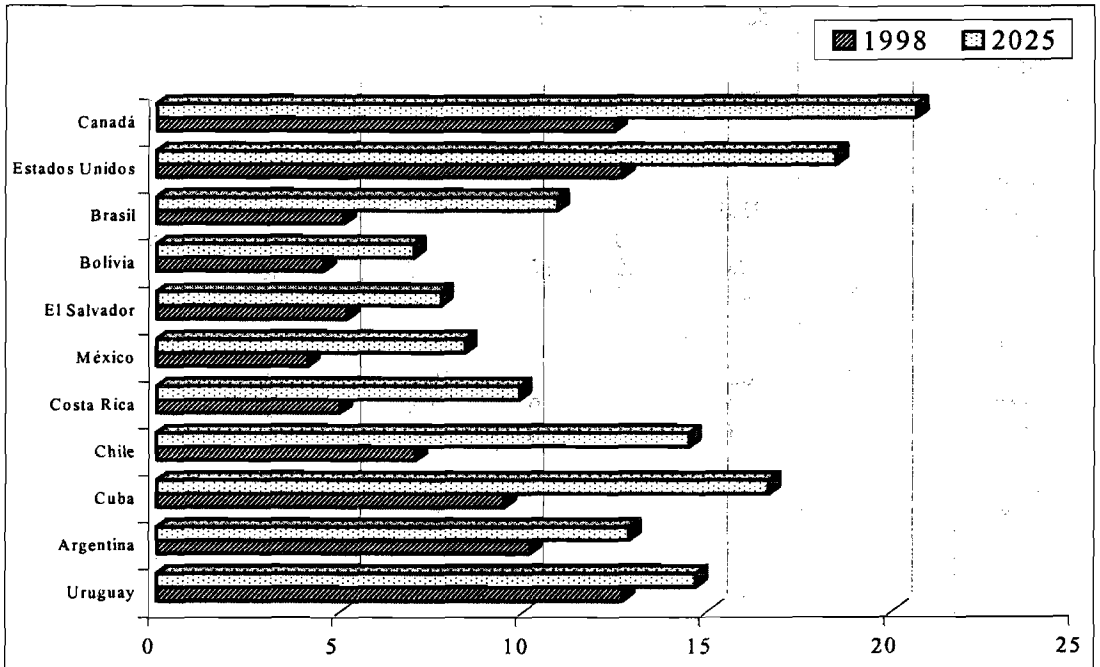
Países	Población (millones)	Porcentaje de población*			Esperanza de vida al nacimiento**		Edad mediana ***	Índice de renovación de la estructura por edades*
		Menores de 15	65 y más	80 y más	Hombres	Mujeres		
América Latina y el Caribe	507.4	32.7	5.3	0.9	66.4	72.9	23	6.18
Grupo IV								
Argentina	36.3	27.5	10.2	2.1	69.6	76.8	28	2.71
Chile	14.7	27.7	7.0	1.2	72.3	78.3	28	3.95
Cuba	11.1	22.0	9.5	2.5	74.2	78.0	31	2.33
Uruguay	3.3	24.9	12.7	2.6	70.5	78.0	31	1.96
Grupo III								
Brasil	169.8	30.2	5.1	0.8	63.4	71.2	25	5.95
Costa Rica	3.6	33.6	5.0	0.9	74.5	79.2	24	6.77
México	98.6	35.6	4.1	0.6	69.5	75.5	21	8.70
Grupo II								
El Salvador	5.8	37.1	5.2	1.0	66.5	72.5	21	7.18
Grupo I								
Bolivia	7.8	39.4	4.5	0.9	59.8	63.2	20	8.69
América del Norte	301.1	21.0	12.6	3.2	73.6	80.3	36	1.71
Canadá	30.7	19.8	12.5	3.0	76.1	81.8	36	1.59
EE.UU.	270.3	21.7	12.7	3.2	73.4	80.1	35	1.71

Fuente: World Population Profile: 1998, Bureau of The Census/USAID-Center For Population, Health and Nutrition, February 1999.
* CEPAL, Oficina de Montevideo, a partir de datos del World, op.cit.
(Relación entre la población menor de 15 años y de 65 o más años)
** Estado de la Población Mundial 1998, Fondo de Población de las Naciones Unidas
*** Envejecimiento en las Américas, op. cit

Como puede verse, las variaciones son considerables. Uruguay es el país demográficamente más envejecido de América Latina y, en el contexto de las Américas, se encuentra en idéntica situación que Estados Unidos, cuando se considera el peso de la población de 65 años y más de edad en el total de la población. Sin embargo, en los próximos 25 años, la posición del país cambiará y pasará a ocupar el cuarto lugar en el conjunto de las Américas, debido a que el aumento porcentual previsible de la población de 65 años y más de edad será el más bajo de los países del área (14%) Esta situación se aprecia claramente en el Gráfico 1.

Se prevé además que en ese período el envejecimiento interno de la población de adultos mayores en la región se acentúe y, en consecuencia, el número de personas de 80 años y más de edad pase de 14 a 30 millones, más que duplicándose.

Gráfico 1
Porcentaje de población de 65 y más años de edad según países seleccionados de la región. Años 1998 y 2025



Fuente: World Population Profile: 1998, Bureau of the Census USAID-Center for Population, Health and Nutrition.

3. Las dimensiones del envejecimiento demográfico en Uruguay

a. Tendencias e indicadores

Diferentes indicadores demográficos permiten analizar la evolución e intensidad del proceso de envejecimiento de la población uruguaya. Una simple comparación de los gráficos de la distribución por sexo y edades de la población en los inicios y fines de este siglo, que para tales efectos se presentan conjuntamente, permite visualizar cómo el contorno va cambiando desde una pirámide hacia un rectángulo (Gráfico 2). La forma piramidal que fundamentó el nombre comúnmente usado para designar este

gráfico, corresponde a una población joven, como lo era la uruguaya de 1908, que ubicaba la mitad de su población por debajo de los 19 años y en la que solamente un 3% de la misma tenía o sobrepasaba los 65 años de edad. En esa época la tasa global de fecundidad era de 6 hijos por mujer, la esperanza de vida al nacimiento se situaba en casi los 48 años y había 16 menores de quince años por cada persona de 65 o más años.

Las tendencias descendentes de la fecundidad y la mortalidad generaron el proceso de envejecimiento, que se vio acentuado por la fuerte emigración internacional de los años setenta. El descenso de la fecundidad constituyó el factor más importante en relación a las transformaciones de la pirámide de población, estrechando su base. El efecto del descenso de la mortalidad sobre el envejecimiento es importante en la última fase, es decir, cuando se produce el envejecimiento por la cúspide, el que se traduce en un aumento tanto en números absolutos como relativos de la población en las edades adultas avanzadas. Ésta es la situación en que se encuentra al presente la población uruguaya: la mitad de la misma sobrepasa los 31 años, el 13% tiene 65 años o más de edad y sus efectivos alcanzan a 424.217 personas[7], la tasa global de fecundidad es de 2.4 hijos por mujer, la esperanza de vida al nacimiento se sitúa un poco por encima de los 74 años y hay 2 menores de quince años por cada persona de 65 años o más de edad.

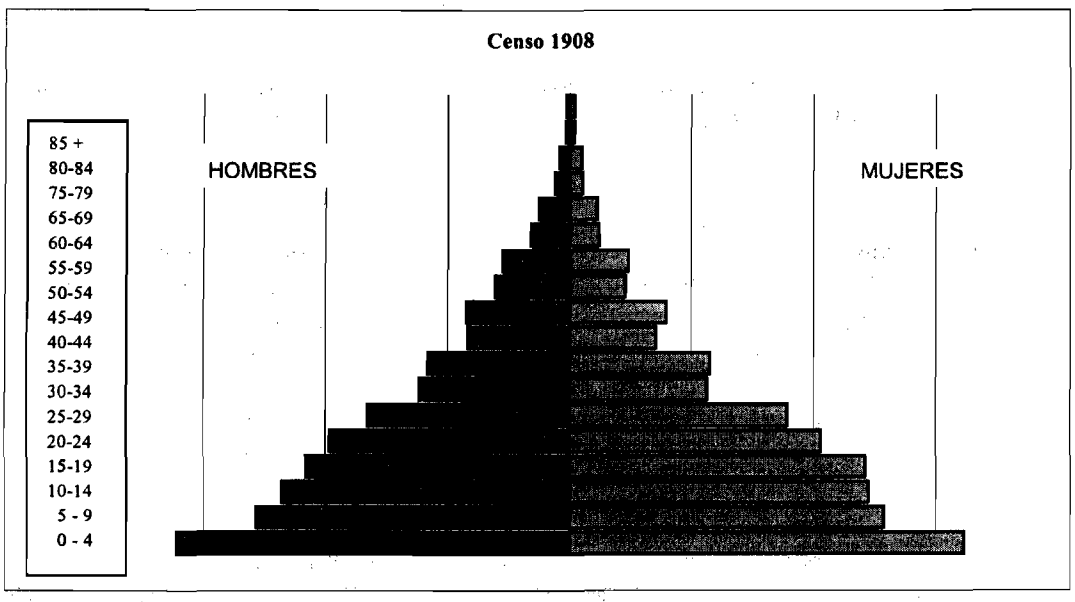
Cuadro 3
Uruguay: indicadores de envejecimiento demográfico

Año censal	Población de 65 años y más	Porcentaje de población		Edad mediana	Índice de renovación de la estructura por edades*	Tasa de crecimiento (por mil)	
		Menor de 15 años	65 y más			65 y más	0 a 64 años
1908	26.429	40.9	2.5	18.9	16.2		
1963	197.794	27.9	7.6	29.3	3.69	35.2	14.9
1975	272.816	27.0	9.8	30.4	2.76	28.4	4.9
1985	329.662	26.7	11.2	30.4	2.40	18.2	4.1
1996	404.843	25.1	12.8	31.5	1.96	19.4	4.7

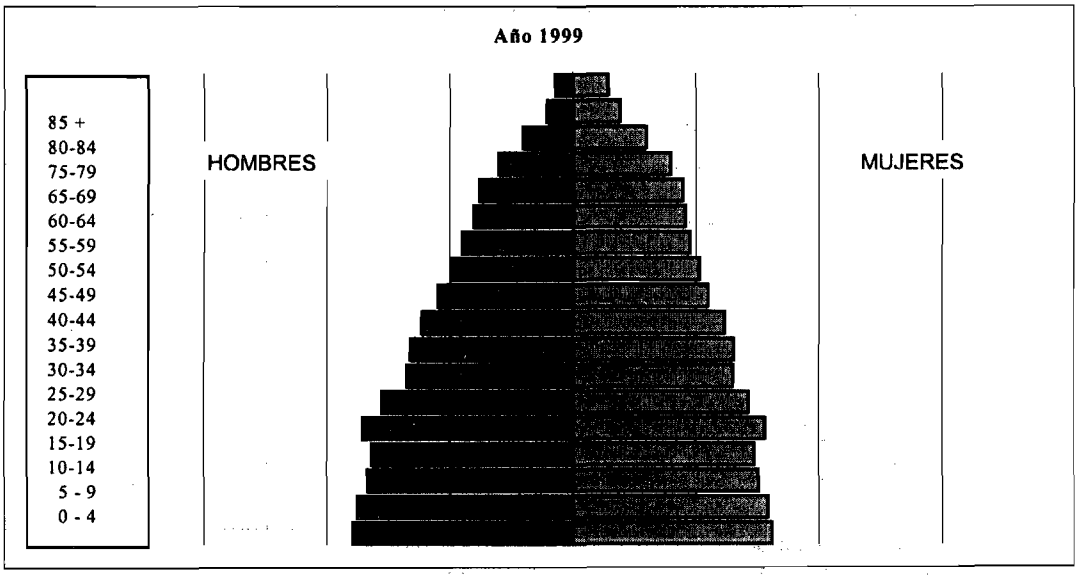
* Relación entre la población menor de 15 años y la de 65 o más años.
Fuente: CEPAL, Oficina de Montevideo, en base a datos censales.

[7] Datos para 1999 según las proyecciones de población, variante media, de la publicación INE/CELADE.

Gráfico 2



Fuente: CEPAL, Oficina de Montevideo, a partir del Censo de 1908, publicado en Anuario Estadístico 1908-09.



Fuente: INE/CELADE, Uruguay: Estimaciones y Proyecciones de la población por sexo y edad. Total del país. 1950-2050. LC/DEM/R.287, Serie 0I No.128.

b. La dinámica del proceso y sus dimensiones

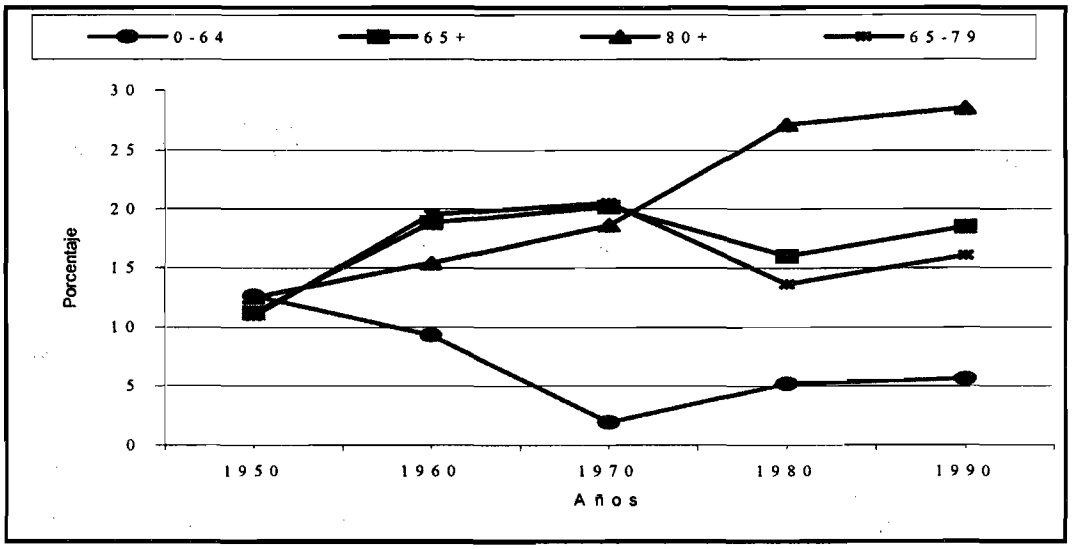
Desde hace varias décadas, la dinámica del proceso de envejecimiento se refleja en un crecimiento muy superior de la población de 65 años y más de edad en comparación con el grupo de 0 a 64 años. Como lo muestra el comportamiento de las tasas, presentadas en el Gráfico 3, la correspondiente al primer grupo se mantiene en un nivel más de cuatro veces superior al del resto de la población.

Dentro de este proceso de envejecimiento global emergen otros dos con características muy remarcables. El primero refiere al envejecimiento interno de la población de adultos mayores, proceso que ha logrado avances importantes en los dos últimos períodos intercensales.

En el conjunto de la población de 65 años y más de edad, la que alcanza y sobrepasa los 80 años crece más rápidamente que la población entre 65 y 79 años: en el período 1985-96 los valores de las tasas fueron 29.9 y 16.7 por mil, respectivamente.

Debido a la mayor ganancia obtenida en la esperanza de vida al nacimiento, la población femenina crece a una tasa superior a la masculina, tanto para los mismos grupos de edades como para los totales de cada sexo. Ello se traduce en una mayor y creciente predominancia femenina que alcanza al 60% de la población de 65 años y más, hecho que da lugar a la designación de "feminización del envejecimiento".

Gráfico 3.
Uruguay: evolución de las tasas de crecimiento anual medio de la población según edades. 1950-2000



Fuente: CEPAL, Oficina de Montevideo, en base a Proyecciones de Población del INE.

El índice de femineidad pauta la superioridad numérica de las mujeres, adquiriendo mayor intensidad a medida que avanza la edad: entre los 65 y 69 años hay 123 mujeres por cada cien varones, entre los 75 y 79 años son 152 y entre quienes igualan o superan los 80 años el número de mujeres casi duplica al de los varones con un índice de 198.

c. De Norte a Sur del país. Los grados del envejecimiento

El proceso de envejecimiento del país, aun cuando muestra una creciente universalidad, dista mucho de ser homogéneo en grado e intensidad entre las distintas áreas geográficas.

Alto grado de urbanización (91%), fecundidad y mortalidad poco diferenciadas y migración rural-urbana de intensidad considerable son factores que confluyen para que la población del área urbana sea la más envejecida. Según los datos del relevamiento censal del año 1996, el 13% de la población urbana iguala o sobrepasa los 65 años, en tanto que en las áreas rurales dicho porcentaje alcanza al 11 por ciento.

Las tasas de crecimiento anual medio intercensal de la población adulta mayor son de signo negativo para las áreas rurales. Sin embargo, al considerar el crecimiento de los distintos grupos de edades que la integran, se observa que estas áreas retienen la población de edades más avanzadas, en particular la de 80 años y más, y en mayor grado del sexo masculino, ya que a partir de estas edades las tasas tienen signo positivo para hombres y mujeres (4,25 y 3.35 por mil, respectivamente). En cifras absolutas, esta población aumentó en 200 efectivos entre 1985 y 1996, totalizando al presente una población de 5.400 personas, que representan el 16% de la población total rural de 65 años y más de edad.

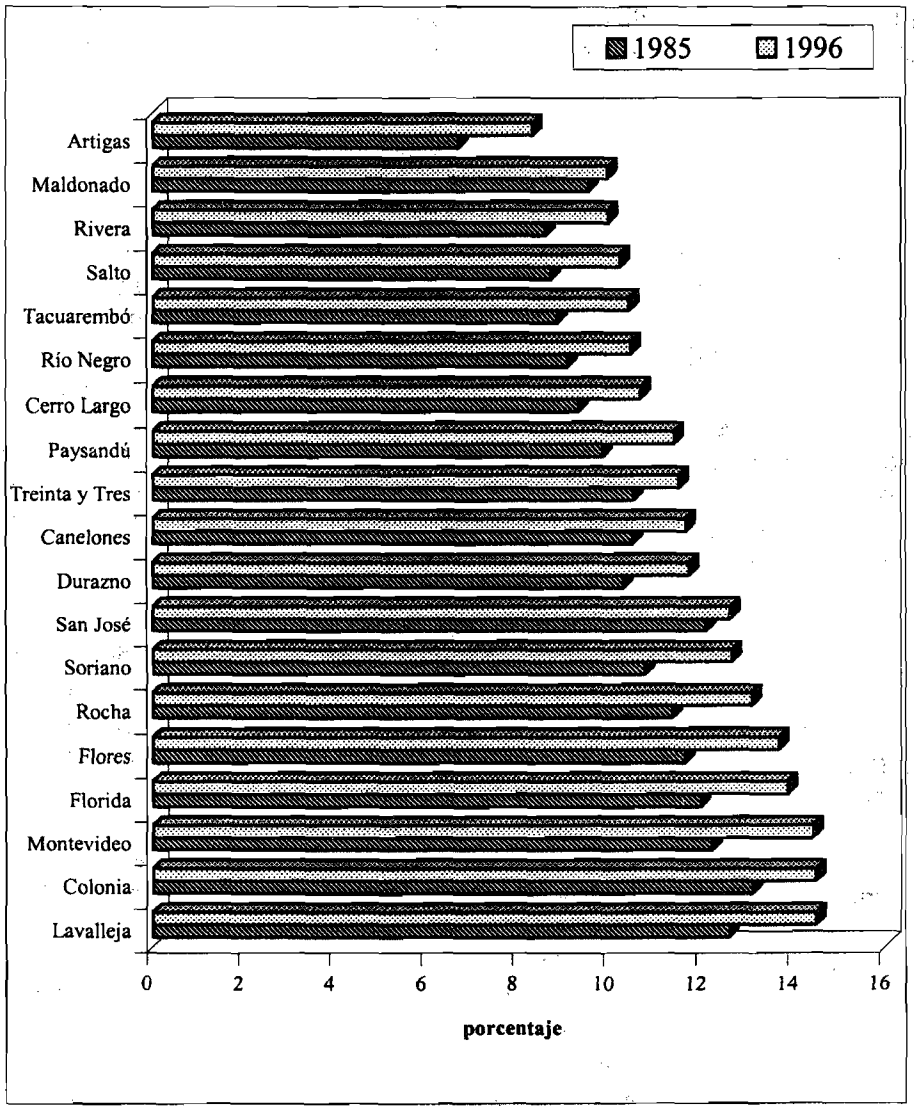
Cuadro 4
Tasas de crecimiento anual medio intercensal de la población de 65 años y más de edad por sexo, según área y grupos de edades. 1985-1996

Grupos de edades	Tasas de crecimiento (por mil)					
	País urbano			País rural		
	Ambos sexos	Hombres	Mujeres	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
65 y más años	21.58	19.97	22.65	-3.52	-3.50	-3.53
65 a 69 años	23.01	22.96	23.04	-5.33	-5.74	-4.68
70 a 74 años	15.23	15.73	14.87	-7.10	-6.33	-8.20
75 a 79 años	16.81	13.59	18.88	-1.06	0.06	-2.51
80 años y más	31.87	27.50	34.06	3.78	4.25	3.35

Fuente: CEPAL, Oficina de Montevideo, en base a datos censales publicados.

Respecto a las divisiones administrativas mayores (departamentos), el panorama del envejecimiento prolonga las tendencias pasadas: entre 1985 y 1996 el número de departamentos caracterizado por un elevado porcentaje de población de 65 años o más ha progresado fuertemente. En 1985, solamente en 13 departamentos se registraba un porcentaje de población de 65 y más años igual o superior al 10%; en 1996 ese número se eleva a 18, con lo cual queda un único departamento por debajo de dicho porcentaje (Artigas con 8.32%). Pero mientras en 1985 no había ningún departamento que alcanzara al 13%, en 1996 hay ocho que llegan o sobrepasan este valor (Gráfico 4).

Gráfico 4
Porcentaje de población de 65 años y más de edad por departamento, según fechas censales



Fuente: CEPAL, Oficina de Montevideo, en base a datos censales.

La distribución de la población total de adultos mayores en el espacio territorial nacional muestra una alta concentración en la zona sur del país. Así, Montevideo y los departamentos limítrofes (Canelones y San José), en conjunto, concentran el 64% del total de población adulta mayor del país.

Con referencia al envejecimiento interno de esta población, entre los dos últimos censos, se observa un importante incremento del peso de la población de 80 años y más en el conjunto de adultos mayores, aumentando el número de departamentos en que dicha participación iguala o supera el 20%. Mientras en 1985 solamente eran nueve los departamentos en dicha situación, en 1996 están todos, exceptuando el departamento de Río Negro (con 19%).

En términos espaciales, casi la mitad de la población de 80 años y más de edad del total nacional se concentra nuevamente en Montevideo (49%), y si a la misma se agrega la correspondiente a los departamentos limítrofes, se alcanza al 64%.

4. Perspectivas futuras

El proceso de envejecimiento continuará agudizándose durante las próximas décadas de forma tal que el porcentaje de población de 65 años y más pasará a representar el 15% y el 19% en los años 2025 y 2050, respectivamente. En términos absolutos en el 2025 habrá casi 150.000 adultos mayores más que en la población actual y hacia mediados del siglo venidero la población total de estas edades superará las 834.000 personas, de las cuales el 29% tendrá 80 años y más de edad. Cabe preguntarse por tanto, sobre algunas características de estos futuros contingentes de adultos mayores. Dado que ellos estarán conformados básicamente por quienes hoy son jóvenes y adultos, los actuales estilos de vida y el mayor acceso al conocimiento y a la tecnología habrán seguramente de condicionar su futura vejez.

Un aspecto que desde ya se puede afirmar es que su nivel educacional será muy superior al de la población actual de adultos mayores, sobre todo, en relación a la población femenina. Más del 61% de los actuales egresados del tercer nivel son mujeres y en la matrícula inicial universitaria pública las mujeres representan el 63%. Las mujeres tendrán también mayor independencia económica debido a su creciente incorporación al mercado de trabajo.

Otro aspecto cuantitativo a destacar en las tendencias futuras del envejecimiento de la población se vincula con la evolución de la relación de dependencia potencial. Esta relación indica la cantidad de personas provenientes del sector de inactivos (población menor de 15 años y de 65 años y más de edad) existente por cada cien personas entre 15 y 64 años, grupo considerado como oferente potencial de mano de obra. Históricamente esta relación tuvo ciclos de crecimiento y decrecimiento asociados a la estructura por edades de la población, la que incide además en el peso relativo de sus componentes internos, es decir, en la proporción de dependientes

jóvenes y de dependientes adultos mayores, por cada 100 personas en edades productivas (15 a 64 años).

A comienzos de siglo, la relación de dependencia potencial alcanzó un valor alto (78) en razón de la elevada proporción de población menor de 15 años. Luego descendió a 56 alrededor de los años sesenta, debido a que todavía el aumento de la dependencia de la población de 65 años y más, no alcanzaba a contrarrestar totalmente el descenso del peso de la dependencia de los jóvenes. A partir de entonces se inicia un proceso ascendente hasta el umbral del nuevo siglo, pudiéndose prever en términos de proyecciones, una nueva baja y posterior ascenso hasta alcanzar el valor de 62 en el año 2050.

Cabe destacar que el número de personas en edad avanzada es uno de los componentes de la relación total de dependencia considerada anteriormente. En muchos casos, particularmente cuando se trata de analizar el equilibrio financiero de un sistema de pensiones, cobra relevancia su relación con la población en edades activas, a través del cociente entre la población potencialmente jubilada y la potencialmente aportante.[8]

El Gráfico 5 permite visualizar claramente las tendencias de esta relación y el momento en que se alcanza una situación de igualdad en el peso de cada componente. Esto sucederá en el año 2050, de mantenerse los supuestos de la proyección en el sentido que la fecundidad se mantenga por encima del nivel de reemplazo y la mortalidad alcance la esperanza de vida límite.

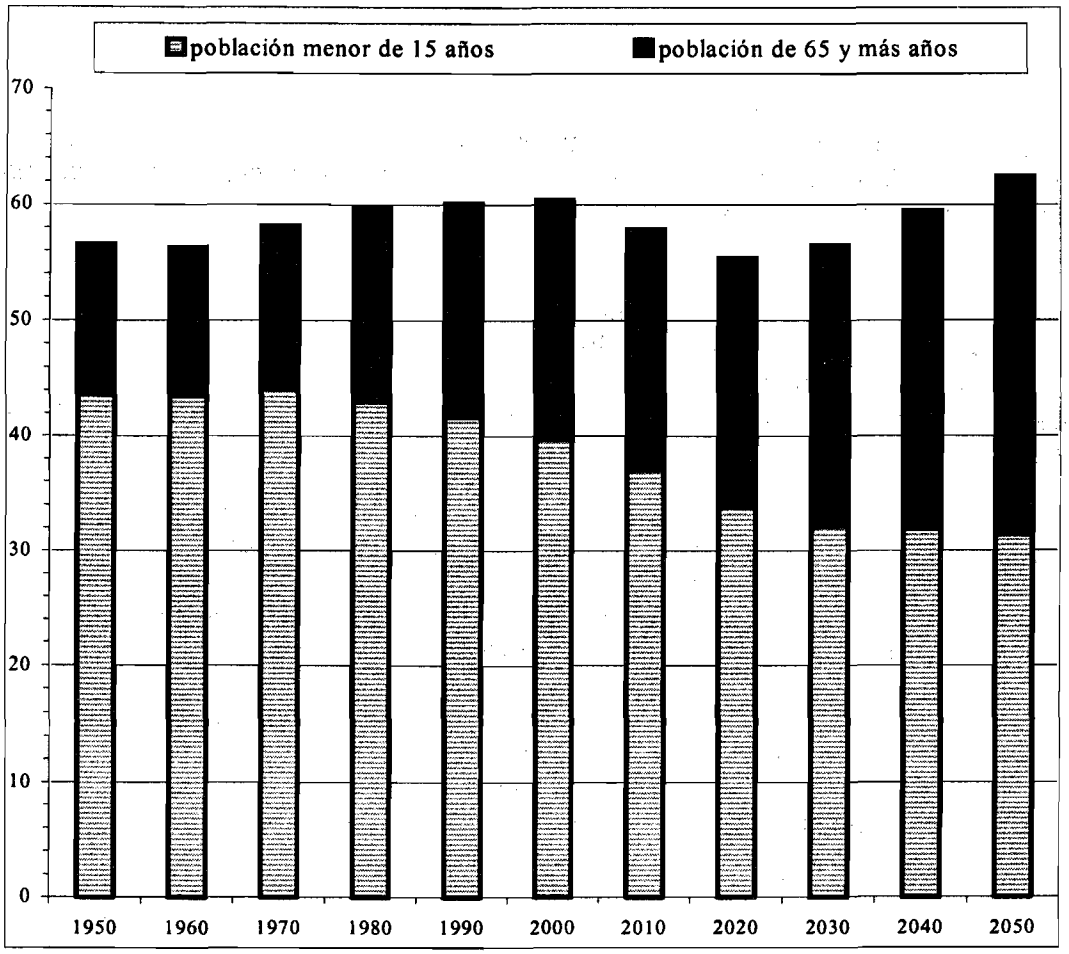
En el escenario del envejecimiento máximo considerado, las tablas límites adoptadas para la proyección consideran una esperanza de vida al nacimiento de 88 años para las mujeres y 81 para los varones. Teniendo en cuenta el mayor valor registrado actualmente que corresponde a Japón (77 y 83 años para hombres y mujeres, respectivamente) y el avance de la genética, es válido preguntarse si el límite adoptado no sería en el largo plazo una visión demasiado pesimista. Estos límites se inscriben dentro de lo que las corrientes tradicionalistas sugieren como evolución futura de la esperanza de vida al nacimiento. Las perspectivas que sustentan algunos demógrafos y biólogos implican una evolución mayor, al sostener que la revolución tecnológica aseguraría, en un futuro no lejano, el control del proceso de envejecimiento celular, lo cual permitiría alcanzar una esperanza de vida más allá de los 100 años[9]. El grado de incertidumbre frente a estas hipótesis es amplio, ya que de verificarse esta última teoría el envejecimiento de las poblaciones podría alcanzar dimensiones inimaginables. Sean cuales fueren los futuros descubrimientos acerca de los límites de la longevidad, las repercusiones de todo adelanto en la esperanza de vida y la salud serán definidas por las adaptaciones sociales resultantes (Naciones Unidas, 1998).

---

[8] Si bien la edad de jubilación legal vigente para las generaciones consideradas varía entre 55 y 60 años, se adoptó el límite de 65 años para considerar a la población como potencialmente jubilada, debido al comportamiento que tienen las tasas de actividad, cuyo quiebre se produce a partir del grupo de 60 a 64 años.

[9] Entre 100 y 125 según Strehler y 120 años o más según Walford.

Gráfico 5.
Evolución de la relación potencial de dependencia y de sus componentes
(histórica y proyectada)



Fuente: CEPAL, Oficina de Montevideo, en base a Proyecciones de población del INE.

Por ahora esas metas parecen distantes y en particular para Uruguay la transición hacia una estructura de edades con mayor cantidad de ancianos que de jóvenes es remota. En este sentido se aleja 50 años de la experiencia de los países de la Unión Europea y alrededor de 20 años con respecto a Estados Unidos.

Lo hasta aquí expuesto pone de relieve que, en el contexto de América Latina, el país ya se ve enfrentado a los desafíos que le impone una población envejecida. La magnitud de sus impactos dependerá también de la estructura económica y social del país y de las condiciones en que las personas lleguen a las edades adultas mayores. Es necesario tener presente que diferentes cohortes de personas muestran estilos de vida y situaciones culturales distintas y más aún, que dentro y fuera de una misma generación existen desigualdades de oportunidades económicas, de acceso a la salud, a la educación y a la vivienda, entre otras.

El marco de referencia presentado esboza apenas la problemática del envejecimiento en términos cuantitativos, pero el envejecimiento demográfico constituye un tema que va más allá de las consideraciones cuantitativas sobre la estructura de la población y su dinámica.

C. LA TRANSICIÓN EPIDEMIOLÓGICA

La transición demográfica, como factor desencadenante del proceso de envejecimiento, guarda estrecha relación con la transición epidemiológica, caracterizada por el desplazamiento de la presencia y letalidad de enfermedades infecciosas y agudas hacia una situación en que prevalecen enfermedades crónicas y degenerativas. La mayoría de las muertes provocadas por enfermedades crónicas y degenerativas se producen a una edad relativamente avanzada. Por otra parte, estas enfermedades van adquiriendo mayor importancia relativa a medida que disminuye el nivel de la mortalidad del país, siendo las principales de ellas, las referidas al aparato circulatorio y los tumores malignos.

Cuadro 5
Porcentaje y tasas de mortalidad por las principales causas de muerte, de la población de 55 a 64 y de 65 años y más de edad. 1996 y 1982

Principales causas de muerte (9ª. Revisión)	55 a 64 años				65 años y más			
	Porcentaje		Tasa por 10.000		Porcentaje		Tasa por 10.000	
	1996	1982	1996	1982	1996	1982	1996	1982
Enfermedades del aparato circulatorio (25-30)	29.6	34.3	38.4	47.3	42.1	24.0	230.1	131.6
Tumores malignos (08-14)	34.4	32.5	44.6	44.9	22.1	20.9	120.6	114.4
Diabetes Mellitus (181)	2.4	2.9	3.1	4.0	2.3	2.8	12.5	15.1
Trastornos mentales (21)	0.8	0.3	1.1	0.4	3.3	0.7	17.8	3.9
Neumonía (321)	1.8	0.8	2.3	1.1	3.1	2.2	17.2	12.0
Bronquitis, enfisema y asma (323)	1.2	1.6	1.5	2.2	0.9	1.6	5.2	8.9
Accidentes y efectos adversos (E47-E53)	4.7	3.7	6.1	5.1	2.4	2.0	12.9	11.1
Síntomas y estados mal definidos (46)	7.2	8.0	9.4	11.0	6.4	5.6	34.9	31.0

Fuente: CEPAL, Oficina de Montevideo, en base a datos del MSP/División Estadística, Mortalidad infantil por causa, sexo y edad, 1982 y 1996.

En el Cuadro 5 se presenta el porcentaje que representan las principales causas de muerte y las tasas de mortalidad correspondientes, para la población de entre 55 y 64 años y de 65 años y más de edad, para los años 1982 y 1996.[10]

En la década y media que abarcan las estadísticas presentadas en el Cuadro 6, para la población de 65 años y más de edad, las enfermedades cardiovasculares han permanecido ocupando el primer lugar, aumentando su peso desde el 24% al 42% y su tasa en un 75%. Los tumores malignos en tanto siguen manteniendo el segundo lugar, y aunque su peso registra poca variación, su tasa aumenta de 114 muertes a 121 por 10.000 personas.

Merece atención el incremento de la incidencia, tanto en términos porcentuales como de tasas, de tres causas de muerte: los trastornos mentales, la neumonía y los accidentes y efectos adversos.

1. Esperanza de vida a edades seleccionadas

En Uruguay, a lo largo de los últimos 32 años, la duración de la vida media se incrementó en 6 años para las mujeres y en poco más de 4 años para los hombres. La esperanza de vida masculina continúa siendo invariablemente más baja y las menores ganancias obtenidas han ampliado considerablemente la brecha que la separa de la esperanza de vida femenina, que pasó de seis a ocho años, en el período indicado.

Cuadro 6
Evolución de la esperanza de vida a edades seleccionadas según sexo

Esperanza de vida según edades	1995-1996		1984-1986		1974-1976		1963-1964	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Total*	**69.60**	**77.59**	**68.26**	**75.25**	**65.66**	**72.41**	**65.51**	**71.56**
55 años	20.69	26.61	20.05	25.30	19.51	24.08	19.39	23.51
60 años	17.09	22.40	16.54	21.14	16.04	20.02	15.89	19.48
65 años	13.95	18.42	13.34	17.18	12.95	16.17	12.77	15.73
80 años	6.62	8.43	6.21	7.61	5.87	6.84	5.96	6.96

* corresponde al nacimiento
Fuente: INE, tablas de mortalidad por sexo y edad publicadas.

Cuando la mortalidad infantil llega a un nivel relativamente bajo, el mejoramiento de la esperanza de vida de la población en su conjunto, ocurre principalmente como

[10] El agrupamiento de las causas corresponde a la novena revisión de la Clasificación internacional de enfermedades, traumatismos y causas de defunción.

consecuencia de la disminución de la mortalidad en los grupos de edades adultas y avanzadas. Así, en el período considerado, el aumento proporcional de la esperanza de vida a los 55 años ha sobrepasado el aumento proporcional de la esperanza de vida al nacer, siendo mayor a medida que se va llegando a una edad más avanzada.

Estas cifras que testimonian el aumento de la longevidad de la población uruguaya, representan a la vez un avance y un reto para su atención.

Recuadro 2

La salud de la población envejecida

La salud en la vejez es el reflejo de factores intervinientes en toda una vida, que van desde factores incontrolables como la herencia genética, pasan por condicionantes socioeconómicas como las oportunidades de educación y trabajo, y llegan hasta la participación personal en los hábitos de salud y el estilo de vida. De esta manera las características sociales, económicas, familiares y de salud en la vejez están en gran parte determinadas décadas antes por la historia familiar, socioeconómica y cultural del individuo. El proceso patológico que lleva a condiciones de morbilidad crónica, a incapacidades y a la muerte es muy común que se haya generado en edades tempranas y no se haya manifestado sino hasta la vejez.

Fuente: Ruiz L., Gámbale A., Zetina G., México, D.F., Secretaría de Salud, 1994.

D. MARCO TEÓRICO

1. Ideas centrales que han guiado la investigación

Como se señaló anteriormente, el envejecimiento demográfico es una de las expresiones más notables de los cambios registrados en la estructura demográfica del país. Se vive, por tanto, un tiempo de desafíos en este tema, principalmente para los gestores de políticas sociales, ya que este nuevo fenómeno tiene impactos sobre la salud, la familia y la sociedad. Pero es en el área de la salud donde se concentran los mayores desafíos para desarrollar políticas que contribuyan a la prevención de enfermedades y discapacidades, de modo de lograr que los años agregados a la vida sean con "calidad de vida".

Si bien envejecer es un proceso natural y continuo, que se inicia con la concepción y continúa hasta la muerte del individuo, solamente a la fase final de la vida se la identifica como vejez o ancianidad, calificativo que tiene una connotación negativa por asociarse a un grupo de población que reúne ciertas características físicas comunes -piel arrugada, cabello encanecido, espalda encorvada- y por considerarla erróneamente como sinónimo de enfermedades, en virtud de que algunas de ellas tienen un riesgo de aparición creciente con la edad. Estos antiguos conceptos que aún

prevalecen conllevan a una visión negativa de la vejez. El alto grado de heterogeneidad del envejecer humano y la aparición creciente de un número cada vez mayor de sujetos con características bastante diferentes, dada la existencia de vías que permiten evitar la mayor parte de las incapacidades que acompañan a la vejez y mantener también la flexibilidad aún en edades avanzadas, permiten concebir el proceso de envejecimiento desde una óptica más positiva que la habitualmente ligada al deterioro progresivo e irreversible de las capacidades funcionales, la pérdida de roles familiares y sociales y la creciente dependencia emocional y económica de la familia. Sin eludir el reconocimiento de la disminución gradual de estos aspectos, parece razonable tratar de minimizar el contenido negativo y resaltar en lo posible los aspectos positivos de la vejez, dejando los calificativos como meros instrumentos para medir las características sociodemográficas del envejecimiento (Damonte 1997).

Cada vez es mayor la proporción de personas que alcanzan las edades adultas mayores y también mayor el número de años que les resta por vivir, los cuales se acercan o a menudo sobrepasan los años vividos en actividad. Si bien el deseo de vivir muchos años se ha ido materializando, no es seguro que tal progreso se haya visto acompañado de mejoras en la "calidad de vida" (CELADE 1997).

Las personas que hoy llegan a la edad de jubilarse (55 a 60 años) manifiestan querer envejecer dignamente, no tratando de agregar años a la vida sino vida a los años. Este sería un fenómeno nuevo en la sociedad en relación con las generaciones anteriores. De ser así, dicha exigencia plantea un nuevo reto para la medicina y los servicios de salud que deberán aportar un apoyo adaptado a esta nueva categoría de personas. No obstante, el logro de estas metas no será únicamente imputable al mejoramiento de la atención y calidad de estos servicios, sino que gran parte de su éxito dependerá de la modificación de las conductas individuales y colectivas en relación a hábitos y costumbres, esto es, de los estilos de vida que favorezcan el mantenimiento, mejoramiento y recuperación del bienestar y conduzcan a una vejez saludable.

Si se acepta que "se envejece como se vive" y que, como lo demuestran numerosos estudios europeos, las personas conservan en las edades adultas avanzadas los gustos y preferencias que tenían a los 50 años, la observación de los adultos de hoy permite prever las demandas que se plantearán en el futuro, de no mediar cambios de comportamiento.

La confrontación de los escasos antecedentes existentes con los propósitos generales mencionados planteó como requisito imprescindible para avanzar en esta materia, la necesidad de ampliar la información y el conocimiento disponibles a fin de profundizar el diagnóstico, con particular atención en la detección de aquellos aspectos que eventualmente pudieran considerarse claves en el proceso de diseño de políticas. Por ello, uno de los objetivos del estudio fue identificar, a partir de la observación del comportamiento de la población, algunos factores con valor predictivo positivo que dieran pie a la ulterior formulación de propuestas conducentes a optimizar esta etapa de la vida, con especial referencia a la caracterización de la población bajo estudio en los diferentes escenarios determinados por la valoración real de su estado de salud y condiciones de riesgo.

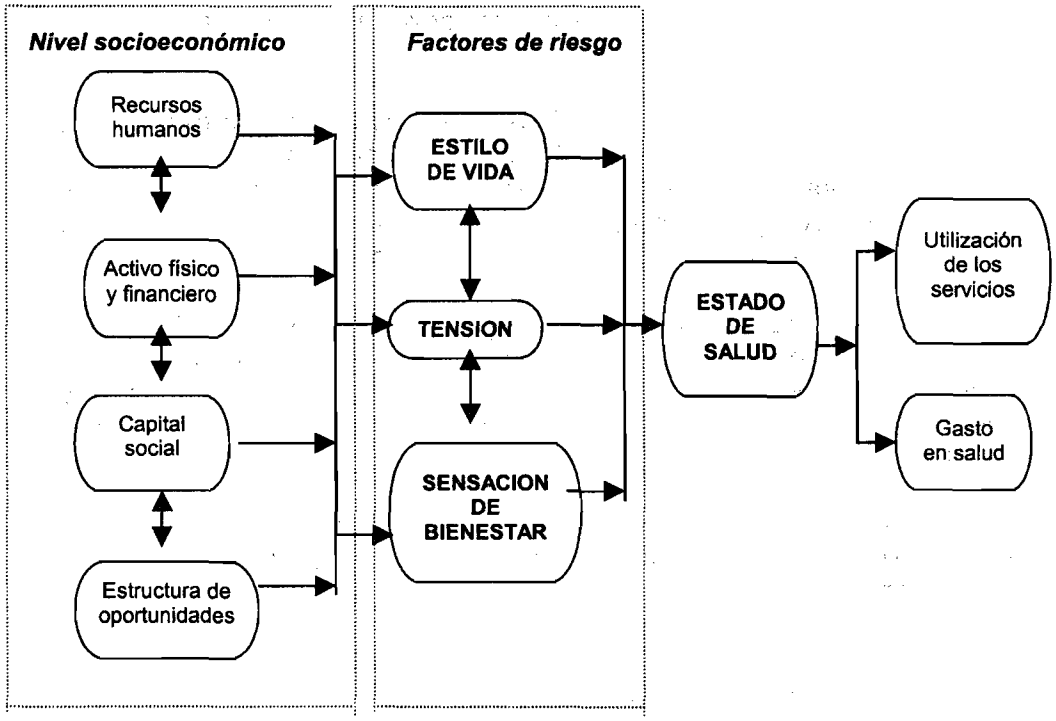
2. El esquema teórico

A partir del marco de referencia proporcionado por el estudio de datos secundarios llevado a cabo en la fase inicial (CEPAL, 1999) -cuyos principales aspectos actualizados se incluyen en la Parte III del presente documento- fue posible construir el esquema teórico de interacciones y detectar así los vacíos de información, posibilitando con ello el adecuado diseño de la investigación de campo (Diagrama 1).

En el esquema teórico se concibe que sobre el "estado de salud" de la población, considerado la variable dependiente, actúan e interactúan una serie de variables independientes, como el estilo de vida, las tensiones y la sensación de bienestar, que en conjunto constituyen factores de riesgo para la salud. Estos factores se relacionan con el nivel socioeconómico, dado que en él subyacen los valores, actitudes, conocimientos y comportamientos que los determinan y que interactúan con el estado de salud. La información sobre dicha área de interacción era prácticamente inexistente.

Sobre la base de dicho esquema se buscó identificar grupos específicos de riesgo, de forma de posibilitar el ulterior diseño de políticas diferenciadas para atender las distintas situaciones.

Diagrama 1



Asimismo, se procuró obtener un perfil actualizado de las características socioeconómicas de la población en estudio y avanzar en el conocimiento de algunos temas básicos para el desarrollo de políticas sobre los cuales no existían antecedentes, tales como las redes de apoyo, la composición del gasto en salud y su participación en el ingreso individual y del hogar, el perfil de los cuidadores, las actividades preferidas, la adaptación a la tecnología y el ahorro para la vejez, entre otros.

3. Metodología

La Encuesta sobre estilos de vida y salud de la población adulta (ENEVISA), aplicada en el marco de la investigación con el propósito de generar la información inexistente pero necesaria para profundizar en el análisis de las interacciones antes indicadas, adoptó la forma de un módulo complementario de la Encuesta Continua de Hogares del año 1999, por lo que su relevamiento fue realizado por el Instituto Nacional de Estadística. Por las mismas razones, su campo de cobertura comprendió las áreas urbanas del país, con 5.000 o más habitantes.

La población objetivo estuvo constituida por las personas de 55 años y más de edad, residentes en los hogares particulares urbanos, entrevistados por la Encuesta Continua de Hogares (ECH). El criterio adoptado consistió en seleccionar una persona elegible por hogar, de forma que se entrevistaran aproximadamente 1.500 personas, distribuidas en forma proporcional a la composición por sexo, grupo de edades y área geográfica de residencia.

La aplicación de la encuesta se extendió durante aproximadamente tres meses, por estar condicionada a los hogares seleccionados para ser entrevistados por la ECH, a la localización de hogares con personas elegibles y a la cobertura de las proporciones esperadas en cada grupo de edades y sexo. El diseño muestral, tanto de la ENEVISA como de la Encuesta Continua de Hogares se detallan en el Anexo.

El instrumento de recopilación utilizado fue un formulario diseñado por la Oficina de CEPAL en Montevideo, acorde con las necesidades y objetivos que planteaba la investigación, especialmente aquellos vinculados con el marco teórico ya descrito, y teniendo como referente los utilizados en anteriores encuestas de salud, tanto a nivel nacional como de otros países. Un fascímil del mismo se presenta en el Anexo.

Cabe señalar la alta receptividad que tuvo la encuesta en la población, la que demostró una excelente disposición a responder todas las preguntas. Por tal motivo, no se registró ningún rechazo.

4. Agrupamiento de las edades

A fin de estudiar el comportamiento de los individuos de acuerdo a los objetivos de la investigación, resultó necesario agruparlos en diferentes categorías de edades.

Aunque es común encontrar diversas formas de agrupamiento, y aún denominaciones distintas de los grupos etarios que integran la población bajo estudio, existe sin embargo consenso respecto a la necesidad de hacer estas distinciones, tanto para comprender mejor el fenómeno del envejecimiento, como para diseñar políticas más adecuadas, particularizadas para cada grupo poblacional.

Por consiguiente, a efectos del análisis, la población ha sido clasificada en tres grandes grupos de edades. El primero de ellos comprende a la población entre los 55 y 64 años, cuyas edades corresponden al período decenal que precede a la consideración de población adulta mayor establecida a partir de los 65 años, y que se designa como adultez. El segundo, incluye a la población entre 65 y 79 años, y corresponde a la denominada tercera edad. El tercer gran grupo de edades se conforma con la población de 80 años y más, y corresponde a la cuarta edad ("oldest old").

El establecimiento de estos límites no deja de tener un alto grado de arbitrariedad, ya que el envejecimiento es un proceso distinto para cada individuo y condicionado, en parte, por el estrato social de pertenencia, por lo que parecería más adecuado la adopción de una clasificación funcional de la vejez. Hasta el momento, sin embargo, dificultades de orden conceptual y práctico hacen imposible considerar un enfoque de esta naturaleza. Además, con la prolongación de la vida humana, el umbral adoptado como inicio de la etapa de vejez irá desplazándose gradualmente hacia edades más altas. La delimitación estadística adoptada se asocia también con el inicio del proceso de salida de la actividad económica.

PARTE II

ENVEJECIMIENTO Y SALUD

A. CARACTERÍSTICAS DEL ENVEJECIMIENTO DE LOS URUGUAYOS

Los datos presentados en el capítulo anterior han ofrecido una dimensión cuantitativa del envejecimiento actual y futuro, obtenida esta última de la extrapolación de las tendencias demográficas bajo supuestos relativamente conservadores acerca de la evolución de la mortalidad hacia el nuevo siglo.

Sin embargo, el escenario futuro del envejecimiento en relación a la salud estará pautado no sólo por la presencia de enfermedades sino también por un conjunto de parámetros de valor predictivo dependientes de actitudes, comportamientos y sensaciones individuales actuales, que sólo decisiones acertadas y oportunas podrán modificar a efectos de disminuir o eliminar el riesgo de sufrir padecimientos crónicos, incapacidad o invalidez.

A fin de aproximarse a una definición de estado o condición de salud que permita conocer mejor las consecuencias del proceso de envejecimiento e identificar las conductas que se puedan propiciar para optimizar esta etapa de la vida y llegar a la aceptación de que es posible envejecer activamente, es necesario partir del reconocimiento de algunos aspectos básicos.

El envejecimiento se acompaña generalmente por el fin de la actividad económica y el paso a la jubilación, al mismo tiempo que se produce una reducción progresiva de las actividades generales. También es frecuente la aparición de diferentes patologías e invalideces. Por tanto, desde esta óptica, parece razonable preguntarse ¿cómo puede ocurrir un envejecimiento activo o ideal?. Algunos investigadores han dado respuesta a esta interrogante (Vellas, 1996), planteando que el envejecimiento activo o ideal puede lograrse como resultado de ciertas acciones:

- Mantenimiento de las capacidades funcionales: físicas (por los ejercicios apropiados de mantenimiento físico), cerebrales (a través de la activación cerebral), afectivas y sociales (a través del desarrollo y mantenimiento de una buena red de relaciones socioafectivas.

- Buen estado nutricional

- Un proyecto de vida motivante, para prevenir déficits sicológicos.

- Sustituir lo que ya no se puede hacer, aquello que se hace o se hacía hasta ahora, con el fin de evitar la carencia de actividades.

- Emplear los paliativos apropiados (prótesis, equipo electrónico e informático) que permitan compensar las incapacidades o las diversas invalideces.

El envejecimiento ideal (o exitoso) ha sido objeto de numerosos programas de investigación (Rowe y Kahn, 1987), cuyos resultados son importantes para poner al día los valores de referencia, tanto para los ancianos actuales como para los futuros, a fin

de motivar la modificación de las conductas, con el objetivo de mejorar dicho ciclo de vida y corregir la imagen negativa de la vejez.

Desde este punto de vista, no existen hasta la fecha antecedentes conocidos en el país que permitan saber cómo envejecen los uruguayos. Por ello, los resultados de la investigación representan un significativo aporte al tema al permitir identificar cuatro formas de envejecimiento de la población, las que sin duda pueden facilitar el diseño y la implementación de políticas específicas.

Cuadro 7
Formas de envejecimiento de la población encuestada según grupos de edades

Grupos de edades	TOTAL	Formas de envejecimiento			
		Ideal	Activo	Habitual	Patológico
Total	**100.0**	**4.2**	**3.7**	**87.7**	**4.4**
55 a 64 años	100.0	4.9	2.6	91.2	1.3
65 a 79 años	100.0	4.0	4.3	88.4	3.3
80 años y más	100.0	3.0	5.1	72.6	19.3

Fuente: CEPAL, Oficina de Montevideo, en base a datos de ENEVISA 1999.

El primer grupo está formado por aquellas personas que tienen en la actualidad o están en condiciones de alcanzar un **envejecimiento ideal,** ya que presentan un estado de salud muy bueno y factores de riesgo bajo. Los elementos favorables a resaltar son: no perciben enfermedad crónica, hacen una autoevaluación de su estado físico muy buena, llevan un estilo de vida muy positivo, tienen elevada autoestima, están socialmente integrados y gozan de una alta sensación de bienestar.

Puede considerarse que las personas que cumplen estas condiciones y han llegado a rebasar los 65 años de edad están envejeciendo idealmente, en tanto que las que están en la edad de la adultez (55 a 64 años) tendrán que mantener estas condiciones para lograrlo. Apenas un 4.2% de la población total encuestada (55 años y más de edad) se encuentra en esta situación, lo que en términos absolutos representa aproximadamente unas 27.690 personas del país urbano.

Esta población constituye el referente nacional y la prueba documentada de que es posible envejecer idealmente. Por tanto, las políticas hacia este grupo deberían orientarse a la prevención de enfermedades crónicas y, fundamentalmente, al estímulo y promoción de una vejez exitosa.

El segundo grupo está integrado por aquellas personas que tienen un **envejecimiento activo,** ya que aún percibiendo enfermedad crónica, presentan un estado de salud bueno o muy bueno y factores de riesgo bajo. Los elementos favorables a destacar son similares al grupo anterior con apenas un grado más bajo en

la calificación de cada uno de ellos. El porcentaje de población en esta categoría alcanza al 3.7%, lo que representa aproximadamente unas 24.400 personas del país urbano. En este caso, las políticas antes mencionadas deberían reforzarse con el control y seguimiento de las enfermedades crónicas.

El tercer grupo corresponde al **envejecimiento habitual,** en el que es dable observar la influencia de los comportamientos o conductas pasadas respecto al envejecimiento. Integran este grupo las personas que, con o sin enfermedad crónica percibida, tienen factores de riesgo altos o relativos para su salud, y las que, teniendo un estado de salud regular, presentan sin embargo factores de riesgo bajo. Uno de los elementos positivos más importantes a favor de un cambio para reducir el riesgo de padecer discapacidades es la alta capacidad funcional que, en la mayoría de los casos, tienen estas personas para el desempeño de las actividades cotidianas. En cambio, los elementos claramente negativos resultan del hecho de que son personas sometidas a tensión y cuya sensación de bienestar es baja. Existen otros elementos negativos pero que no actúan aisladamente sino combinados con situaciones favorables. Así, por ejemplo, este grupo incluye aquella población que no percibiendo enfermedades y teniendo una dieta alimentaria buena, lleva una vida completamente sedentaria o tiene un consumo severo de alcohol o tabaco; o, en forma alternativa, la que con una dieta pobre o mala, no fuma, no consume alcohol o lo hace ocasionalmente, y mantiene una actividad física moderada o intensa.

La mayoría de la población encuestada se concentra en este grupo, representando casi el 88%. Los valores que alcanzan los porcentajes entre los grupos de edades más jóvenes, no muestran signos de cambio positivo ya que la transición parece ocurrir en una sola dirección, hacia el envejecimiento patológico. Las cifras absolutas son de por sí significativas ya que se trata de algo más de 515.000 personas.

A las políticas mencionadas para los grupos anteriores, que en este caso adquieren notoria relevancia, deberían agregarse las orientadas al logro de una mayor participación e integración con la familia y la sociedad. Se trataría con ello de evitar, reducir o diferir en un mediano plazo, el deterioro de la alta capacidad funcional que al presente exhibe esta población.

Finalmente, el cuarto grupo se identifica con el **envejecimiento patológico,** el que comprende especialmente a los sujetos dependientes. Todos ellos presentan baja o nula capacidad funcional, la que se acompaña de una baja autoestima. En esta situación están alrededor de unas 29.000 personas de 55 años y más, que se reparten por mitades en menores de 80 años e iguales o mayores de esa edad. Representan el 4,4% de la población encuestada.

Para este grupo cobran particular relevancia las políticas de atención a la salud, con especial consideración al entorno familiar que rodea al sujeto. Dado que estas personas residen en hogares particulares, se hace necesario promover su permanencia en la propia vivienda, implementando políticas de atención domiciliaria y servicios comunitarios.

B. ESTADO DE SALUD

Los escenarios antes presentados son el resultado de la interacción entre los factores de riesgo y la variable dependiente principal "estado de salud". Esta última se definió por la mayor o menor presencia de enfermedades crónicas percibidas o de discapacidades que permiten al individuo disponer de la aptitud física y mental necesaria para desarrollar una vida plena autosuficiente en el núcleo familiar y social. Dependiendo del estado de la función del cuerpo, libre o no de enfermedad, y de su capacidad funcional para desarrollar las actividades del diario vivir, es posible identificar diferentes grados del estado de salud.

Para la construcción de esta variable se tomaron en cuenta componentes objetivos y subjetivos. Los componentes objetivos se identifican con la percepción de enfermedades crónicas y la capacidad funcional del individuo. El componente subjetivo corresponde a la valoración que el individuo tiene de sí mismo, es decir, explicando cómo se siente físicamente y cómo se ve en relación a las personas de su misma edad.

La percepción de enfermedad crónica no está exenta de cierto grado de subjetividad. La percepción de una enfermedad si bien no es un diagnóstico clínico, aunque puede coincidir con éste dependiendo del tipo de enfermedad y del requerimiento de asistencia médica, constituye igualmente una forma de sentirse enfermo. Asimismo, existe cierta limitación conceptual acerca del significado de enfermedad crónica en términos científicos y a nivel popular.

La manifestación de enfermedad que se recogió corresponde a la caracterización del síndrome a las connotaciones objetivas y subjetivas que sobre la situación tuviera el entrevistado, sin otra indicación que la propia pregunta. El concepto de enfermedad que manifiesta el encuestado puede derivarse de su conocimiento, o bien de los contactos que haya tenido con profesionales de la salud o con otras personas.

La capacidad funcional se midió sobre la base del grado o nivel de dificultad que poseen los entrevistados para desarrollar las actividades elementales e instrumentales de la vida diaria.

Las actividades elementales refieren a las que todo individuo realiza cotidianamente para atender su cuidado personal y necesidades básicas. Incluyeron cinco medidas: bañarse usando ducha o bañera, vestirse (elegir, tomar y ponerse la ropa), ir al baño (a entero control), comer tomando la comida del plato, y trasladarse (acostarse, levantarse o sentarse de la cama y de la silla).[11]

Por su parte, las actividades instrumentales permiten al individuo tener capacidad para manejarse en forma independiente. Se tomaron como tales: subir

[11] Las actividades elementales fueron tomadas y adaptadas de "Activities of Daily Living" (ADL), presentadas por Katz S., Apkom C.A., en Int. J. Health, Geriatrics Society, 1976; 6: 493-508.

escaleras, preparar su comida, manejar su dinero, tomar medicamentos y usar transporte (taxi, ómnibus, manejar auto)[12]

Sobre la base del grado de dificultad declarado para realizar dichas actividades se asignaron tres categorías de capacidad funcional.

a) Completamente independientes. Incluye las personas que se manejan en forma totalmente independiente, es decir, que realizan solos todas las actividades del diario vivir, tanto elementales como instrumentales.

b) Parcialmente independientes. Esta categoría se integra con las personas que necesitan ayuda parcial para realizar algunas o todas las actividades del diario vivir, o las que necesitan ayuda parcial y no pueden realizar algunas actividades instrumentales.

c) Dependientes. Comprende las personas que tienen dependencia total de otra persona para realizar todas las actividades y aquéllas que no pueden realizar las actividades elementales y necesitan ayuda parcial o total para realizar las instrumentales.

La autoevaluación que el individuo hace de su estado de salud se midió a partir de las respuestas a dos preguntas: 1) ¿Cómo diría usted que está físicamente?; 2) Con relación a las personas de su misma edad, usted diría que físicamente está: Mejor, Igual o Peor.

Mediante la combinación de las diferentes categorías de cada variable se determinaron cuatro niveles del estado de salud, para cada uno de los grupos de edades consideradas (55 a 64 años; 65 a 79años; 80 años y más), de manera de acotar el estado de salud en función de lo que puede ser normal respecto a cada edad. Las categorías resultantes son las siguientes:

Estado de salud Muy bueno: Es un cuerpo sin enfermedad crónica percibida, que puesto a trabajar en los quehaceres habituales de la vida diaria lo hace con alta capacidad funcional y pertenece a un individuo que hace un balance positivo o muy positivo en la valoración de su estado físico.

Estado de salud Bueno: Es un cuerpo que percibe alguna enfermedad crónica, que puesto a trabajar en los quehaceres habituales de la vida diaria lo hace con alta capacidad funcional y que pertenece a un individuo que hace un balance positivo o muy positivo en la valoración de su estado físico.

Estado de salud Regular: Es un cuerpo que percibe una o más enfermedades crónicas, que puesto a trabajar en los quehaceres habituales de la vida diaria lo hace con capacidad funcional principalmente independiente y pertenece a un individuo que hace un balance neutro (regular) en la valoración de su estado físico.

---

[12] Las actividades instrumentales fueron tomadas y adaptadas de "Instrumental Activities of Daily Living" (IADLs), presentadas por Fillenbaum G.G., en Journal of the American Geriatrics Society, 1985; 687-706.

Estado de salud Malo: Es un cuerpo que percibe alguna enfermedad crónica, tiene una baja o nula capacidad funcional y realiza un balance negativo en la valoración de su estado físico.

1. El escenario actual

El panorama que permite determinar la información relevada muestra una población de 55 años y más de edad que percibe en un 73% de los casos, un estado de salud bueno y muy bueno. Si bien estas cifras refieren a la población urbana residente en hogares particulares, la inclusión -aún bajo el supuesto de condiciones extremadamente negativas- de la población residente en hogares colectivos urbanos que representan tan sólo el 2.4% de la población urbana total de 55 años y más, no modificaría en forma significativa dicho resultado, dada su escasa participación.

En términos generales, el estado de salud "muy bueno" y "bueno" resulta prácticamente similar para hombres y mujeres de la población encuestada: 8 de cada 10 varones se encuentran en estas condiciones, en tanto para las mujeres la relación es 7 de cada 10.

En relación a los grupos de edades considerados que delimitan estadísticamente etapas de la vejez -la adultez que precede al ingreso a la población de adultos mayores, la tercera edad (65 a 79 años) y la cuarta edad (80 años y más)- se observa un cambio sustancial del patrón general al alcanzar y rebasar los 80 años de edad, siendo las mujeres las que más sufren el deterioro global de su estado de salud. Este deterioro parece iniciarse a edades más tempranas, ya que mientras el 44% de los varones de 55 a 64 años perciben un estado de salud muy bueno, que incluye la ausencia de percepción de enfermedad crónica, para las mujeres dicho porcentaje sólo alcanza al 38%.

A la vez, la información presentada en el Cuadro 8 muestra un deterioro del estado de salud más gradual a medida que avanza la edad, para las mujeres que para los varones. El estado de transición de una buena a una mala salud, que podría estimarse coincide con la categoría de "regular", parte en la adultez de porcentajes notoriamente más elevados para las mujeres pero alcanza en las edades más avanzadas un porcentaje similar en ambos sexos. Sin embargo, en estas edades más avanzadas es también mayor la población femenina con mala salud: 1 de cada 4 mujeres presentan un estado de salud malo, en tanto que para los varones esta relación es 1 de cada 5.

Cuadro 8
Estado de salud de la población encuestada, según sexo y grupos de edades.
País urbano

Sexo y grupos de edades	Estado de salud				
	Total	Muy bueno	Bueno	Regular	Malo
Total	**100.0**	**30.7**	**41.9**	**22.0**	**5.4**
55 a 64 años	100.0	41.0	40.8	16.7	1.5
65 a 79 años	100.0	25.8	46.7	23.6	3.9
80 años y más	100.0	16.3	27.2	32.6	23.9
Hombres	**100.0**	**36.1**	**41.6**	**17.1**	**5.2**
55 a 64 años	100.0	44.4	40.6	12.6	2.4
65 a 79 años	100.0	30.0	47.1	18.2	4.7
80 años y más	100.0	27.7	19.7	32.1	20.5
Mujeres	**100.0**	**26.8**	**42.1**	**25.5**	**5.6**
55 a 64 años	100.0	38.2	40.9	20.2	0.7
65 a 79 años	100.0	23.0	46.3	27.3	3.4
80 años y más	100.0	10.8	30.9	32.7	25.6

Fuente: CEPAL, Oficina de Montevideo, en base a datos de ENEVISA 1999.

Al considerar separadamente la población encuestada residente en Montevideo y en el Interior urbano del país, tanto la edad como el sexo marcan diferencias en el estado de salud. Los Gráficos 6 a 9 son ilustrativos a estos fines y permiten resaltar algunas generalidades y particularidades para cada grupo de edades.

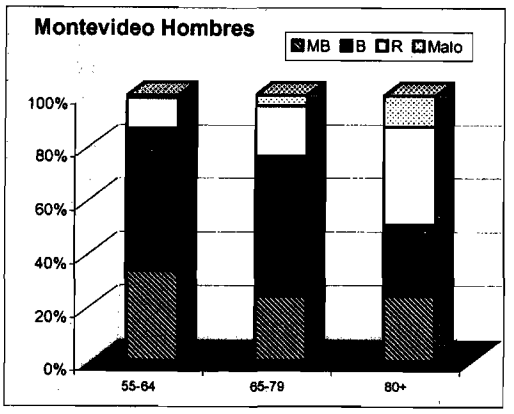
En primer lugar, en condiciones de estado de salud muy bueno, es decir, libre de enfermedad crónica y con elevada autoevaluación de su estado físico, los hombres del Interior urbano son los que mejor se encuentran con relación al resto de la población de su misma edad, sean hombres o mujeres. Por ejemplo, en las edades de la adultez mientras más de la mitad de los varones del Interior (56%) presenta un muy buen estado de salud, sus pares montevideanos apenas superan la tercera parte (34%). A su vez, la proporción de mujeres en esta situación es de 39% para el Interior urbano y de 37% para Montevideo.

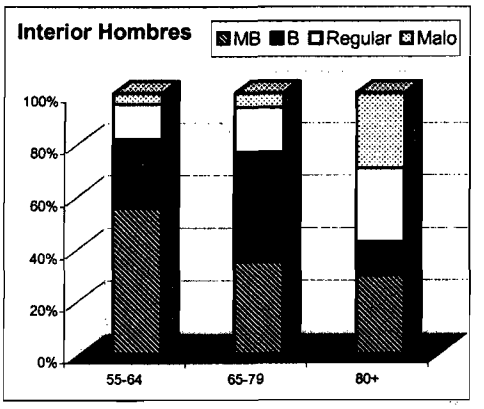
En segundo lugar, en las situaciones con estado de salud malo, los hombres del Interior urbano son también los que presentan los mayores porcentajes en todas las edades. Se destaca en particular, la alta proporción de varones entre 55 y 64 años en esta situación (4.2%), que supera cinco veces al correspondiente a las mujeres de su misma área y al de los varones de Montevideo, y siete veces al de las mujeres montevideanas.

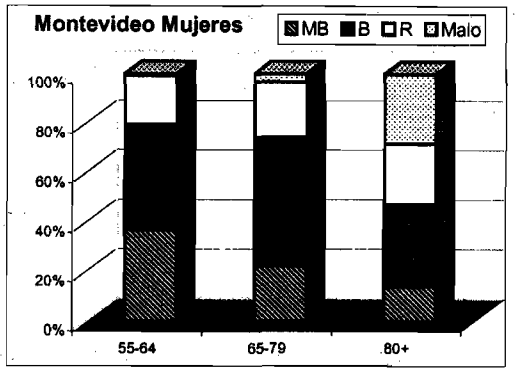
Por último, las mujeres del Interior urbano son las que muestran más tempranamente una alta participación del estado de salud regular, situación que se acentúa con el avance de la edad y alcanza una presencia predominante en las edades más avanzadas. El mayor porcentaje de población con estado de salud

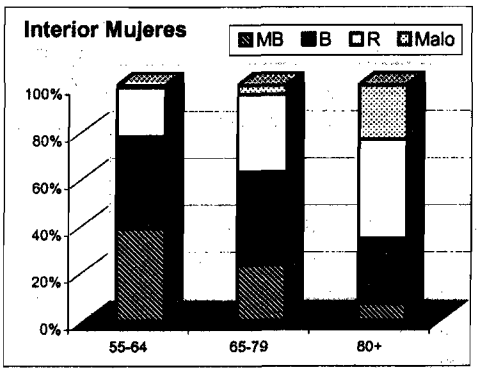
regular, en comparación con los restantes agrupamientos considerados por área geográfica, sexo y grupos de edades, se observa precisamente entre las mujeres del Interior urbano, alcanzando al 42%.

Gráficos 6 a 9
Estado de salud de la población encuestada según área geográfica de residencia, sexo y grupos de edades









Fuente: CEPAL, Oficina de Montevideo, en base a datos de ENEVISA 1999.

2. Capacidad funcional

El envejecimiento demográfico, y en particular el aumento de la sobrevivencia a edades muy avanzadas, motiva el hecho de que un número creciente de personas experimente algunos rasgos indicativos de deterioro funcional. En la población estudiada, estos rasgos se estimaron en función de la necesidad de ayuda para realizar las actividades elementales diarias y un conjunto de actividades instrumentales, ya señaladas anteriormente. La ejecución de estas últimas es

indicadora del grado de autonomía funcional, pero por requerir de habilidades algo más complejas muestran una mayor frecuencia en la necesidad de ayuda para realizarlas.

En relación a las actividades elementales, un 0.5% de la población encuestada no puede realizar ninguna de estas actividades, dependiendo totalmente de terceros para su sobrevivencia. Esta población se ubica mayoritariamente en las edades adultas más avanzadas (80 años y más), con una predominancia muy alta de mujeres. La desventaja femenina se mantiene aún considerando que las mujeres de 80 años y más duplican numéricamente a los varones.

El porcentaje de los encuestados que requieren ayuda en alguna de estas actividades básicas alcanza al 4% de la población. Como era de esperar con el avance de la edad aumenta la necesidad de ayuda, por lo cual el porcentaje de población las edades más avanzadas que requiere apoyo es seis veces mayor que el correspondiente a las edades adultas más jóvenes (65 a 79 años). En relación al sexo la dependencia parcial es prácticamente similar entre hombres y mujeres encuestados (8% y 7%, respectivamente).

El promedio general de las personas de 55 años y más que dependen en forma parcial o total de terceros para desarrollar las actividades elementales diarias alcanza al 5%. La necesidad de ayuda se incrementa notoriamente con la edad: entre los 55 y 64 años solamente un 1% de la población requiere ayuda; entre los 65 y 79 años es un 4% y a partir de los 80 años el porcentaje se eleva al 22%.

Las mayores frecuencias de dificultad para el funcionamiento elemental diario se dan entre las personas de 80 años y más de edad y en las acciones de bañarse (17%) y vestirse (15%)[13]. La casi totalidad de los menores de esta edad las ejecutan solos.

En cuanto a las actividades instrumentales la capacidad de realizarlas en forma completamente independiente alcanza al 95% de la población encuestada, un 4% las realiza con ayuda parcial o total para algunas o todas ellas y un 1% no puede desarrollarlas. La necesidad de ayuda para ejecutarlas es mayor con el avance de la edad: entre los 65 y 79 años, sólo el 4% tiene dependencia parcial o total de otra persona, mientras que a los 80 años y más dicho porcentaje alcanza al 21%, con una mayor frecuencia entre las mujeres (22%, contra 17% entre los varones). Las actividades que presentan mayor dificultad en las edades avanzadas radican en usar transporte (23%) y subir escaleras (21%), actividades muy asociadas a la pérdida de movilidad y cuya dificultad se inicia más tempranamente. Así, entre los 65 y 79 años, el 8% ya necesita ayuda o no puede subir escaleras y algo más del 6% tiene problemas para usar transporte.

Sobre la base de la declaración acerca del grado de independencia con que el encuestado realiza estas actividades elementales e instrumentales, se construyó la variable "capacidad funcional". Aunque ella también se basa en la fidelidad de la

[13] Este comportamiento se acerca al observado para México: el porcentaje de personas de 80 años y más que necesitan ayuda para bañarse y/o vestirse alcanza al 18% y para la población entre 60 y 79 años baja la 4%. (Robledo,1998).

respuesta del encuestado, tiene una probabilidad relativamente menor que la percepción de enfermedades de no responder a la realidad, ya que por lo general no responde a un diagnóstico clínico. Por esta misma razón, su identificación es útil para las actividades de promoción de la salud y atención primaria que apunten a reducir o diferir el deterioro funcional en el futuro, a la vez que promover y mejorar la prestación de servicios que atiendan las necesidades y requerimientos de aquellos que ya lo padecen. El tratamiento separado de las variables a partir de las cuales se conformó el estado de salud, esto es, la capacidad funcional y la autoevaluación que el individuo tiene de su estado físico, permiten extraer algunas consideraciones de importancia, que pueden servir de referencia para esos fines.

Cuadro 9
Capacidad funcional de la población encuestada según sexo y grupos de edades

Sexo y grupos de edades	Capacidad funcional			
	Total	Completamente independiente	Parcialmente independiente	Dependiente
Total	**100.0**	**88.4**	**6.7**	**4.9**
55 a 64 años	100.0	96.6	2.5	0.9
65 a 79 años	100.0	90.0	6.2	3.8
80 años y más	100.0	55.3	22.3	22.4
Hombres	**100.0**	**92.0**	**3.4**	**4.6**
55 a 64 años	100.0	97.1	1.4	1.5
65 a 79 años	100.0	92.0	3.6	4.4
80 años y más	100.0	70.0	11.1	18.9
Mujeres	**100.0**	**85.7**	**9.1**	**5.2**
55 a 64 años	100.0	96.2	3.4	0.4
65 a 79 años	100.0	88.7	8.0	3.3
80 años y más	100.0	48.1	27.8	24.1

Fuente: CEPAL, Oficina de Montevideo, en base a datos de ENEVISA 1999.

En primer lugar se aprecia un alto grado de independencia funcional que se reduce acorde con el avance de la edad. La proporción de personas sin deterioro funcional es relativamente alta entre los 65 y 79 años, pero se reduce rápidamente a partir de esta edad. Pese a ello continúa siendo alta, ya que algo más de la mitad de la población de 80 años y más de edad puede realizar sola las actividades elementales e instrumentales que le permiten un normal desempeño en la vida cotidiana[14].

Siguiendo el mismo patrón de comportamiento observado para el estado de salud, la población femenina pierde en forma más gradual sus capacidades

[14] Como referencia puede citarse los valores calculados para México (1994) de personas con alta dependencia funcional cuyo porcentaje para hombres y mujeres entre 75 y 79 años alcanza al 20% y 25% respectivamente.

funcionales, aunque iniciando en forma más precoz su prevalencia lo cual implica que viven durante más tiempo en condiciones menos favorables que los hombres.

La gran mayoría de los varones en cambio mantiene sus capacidades funcionales sin limitaciones hasta las edades muy avanzadas. Así, a los 80 años y más de edad, mientras 7 de cada 10 varones mantiene su capacidad funcional completamente independiente, prácticamente sólo 5 de cada 10 mujeres están en la misma situación. Ello explica en parte el aumento del porcentaje de varones que viven solos después de los 79 años, y el descenso del correspondiente a las mujeres.

La transición a la dependencia funcional total implica cambios importantes, tanto a nivel de los individuos por modificaciones sustanciales de sus necesidades, como del grupo familiar para ajustarse a los requerimientos de ese apoyo cotidiano. La creciente invalidez y consecuente dependencia en las edades avanzadas aumentan la carga que debe de soportar el entorno y propicia una baja del umbral de tolerancia familiar, conduciendo al deterioro de los lazos de apoyo y solidaridad familiar (Robledo, 1999).

Respecto a las áreas geográficas de residencia, la población residente en Montevideo muestra una mejor capacidad funcional que la correspondiente al Interior urbano, que se extiende a todas las edades. Mientras en Montevideo el 91% de la población encuestada puede realizar sus actividades básicas diarias en forma completamente independiente, en el resto urbano del país dicho porcentaje baja al 86%. En las edades muy avanzadas es en las que se presentan las mayores diferencias, aunque el grado de independencia se mantiene relativamente alto: casi la mitad de la población de 80 años y más de edad residente en el Interior puede desenvolverse sin ayuda (47%), mientras en Montevideo el porcentaje correspondiente alcanza al 62%.

3. Autoevaluación física

La exploración acerca de la valoración que el individuo tiene de su condición física permite establecer que un 78% de la población encuestada lo hace en forma positiva. Como se señalara anteriormente, se ha adoptado esta variable como uno de los componentes para definir el estado de salud, incorporando así el nuevo concepto, cada vez más aceptado, de que las personas que se sienten bien -y que por tanto se ven bien- gozan de una mejor calidad de vida, independientemente que tengan o no alguna enfermedad.

El verse físicamente bien y muy bien alcanza al 82% de la población masculina y al 75% de la femenina, donde en ambos casos, uno de cada seis declara verse muy bien. En las situaciones restantes, el comportamiento se invierte y es mayor el porcentaje de mujeres que se ven regular (21%, contra 15% de los varones), en tanto la proporción que se ve mal alcanza aproximadamente al 3% en cada sexo.

Cuando se relacionan las situaciones en que existe una autoevaluación física positiva con la percepción o no de enfermedades crónicas (Cuadro 10), se verifican

algunos hallazgos de interés. En el conjunto de la población encuestada que declara verse bien o muy bien, el 60% percibe al menos una enfermedad crónica, porcentaje que se eleva al 64% entre las mujeres y alcanza sólo al 56% entre los hombres.

En forma complementaria, puede indicarse que en el conjunto de la población encuestada que declaran verse regular o mal, el 89% percibe al menos una enfermedad crónica; dicho porcentaje es del 90% entre las mujeres y del 85% entre los hombres.

Cuadro 10
Percepción de enfermedades crónicas entre la población encuestada que realiza una autoevaluación física positiva, según sexo

Percepción de enfermedades crónicas	Autoevaluación física positiva		
	Total	Muy bien	Bien
Total	**100.0**	**100.0**	**100.0**
Percibe enfermedad crónica	60.3	47.5	62.9
No percibe enfermedad crónica	39.7	52.5	37.1
Hombres	**100.0**	**100.0**	**100.0**
Percibe enfermedad crónica	55.6	39.6	58.9
No percibe enfermedad crónica	44.4	60.4	41.1
Mujeres	**100.0**	**100.0**	**100.0**
Percibe enfermedad crónica	64.0	54.1	65.9
No percibe enfermedad crónica	36.0	45.9	34.1

Fuente: CEPAL, Oficina de Montevideo, en base a datos de ENEVISA 1999.

C. FACTORES DE RIESGO

La investigación realizada permitió profundizar en el conocimiento de determinados comportamientos, actitudes y sensaciones que condicionan el estado de salud de los individuos y que pueden englobarse bajo la denominación de "factores de riesgo". Se consideraron como tales, el estilo de vida, la sensación de bienestar y la tensión. A partir de la combinación de las diferentes categorías consideradas para cada una de estos factores, se establecieron tres niveles de riesgo: bajo, relativo y alto (ver Anexo B. Metodología de construcción de las variables).

A continuación se presentan los resultados alcanzados para la variable nivel de riesgo, así como su relación con el estado de salud, para posteriormente en la misma sección, abordar en forma sucesiva el análisis de los resultados obtenidos en relación a cada uno de los factores de riesgo considerados.

En la población encuestada total predomina ampliamente la situación de riesgo relativo, que alcanza casi al 82% de la misma. La situación de riesgo alto, que comprende algo menos del 10% de la población, involucra condiciones totalmente adversas para la salud. Tan sólo un 9% se caracteriza por un bajo nivel de riesgo (Cuadro 11).

Cuadro 11
Nivel de riesgo de la población encuestada, según sexo y grupos de edades (%).

Grupos de edades	Total	Nivel de riesgo		
		Bajo	Relativo	Alto
Total	**100.0**	**8.8**	**81.7**	**9.5**
55 a 64 años	100.0	7.7	82.0	10.3
65 a 79 años	100.0	9.5	82.1	8.4
80 años y más	100.0	9.5	78.7	11.8
Hombres	**100.0**	**7.7**	**83.9**	**8.4**
55 a 64 años	100.0	5.6	86.7	7.7
65 a 79 años	100.0	9.0	81.9	9.1
80 años y más	100.0	11.0	80.6	8.4
Mujeres	**100.0**	**9.5**	**80.2**	**10.3**
55 a 64 años	100.0	9.5	78.1	12.4
65 a 79 años	100.0	9.8	82.3	7.9
80 años y más	100.0	8.7	77.7	13.6

Fuente: CEPAL, Oficina de Montevideo, en base a datos de ENEVISA 1999.

El análisis según los grupos de edades muestra entre la adultez y las edades intermedias, un comportamiento levemente favorable hacia una reducción del nivel de riesgo, principalmente entre las mujeres. Esto se explica en su mayor parte, como se verá más adelante, por un cambio de conducta frente a los hábitos motivado en la aparición de alguna enfermedad crónica, más que por una actitud preventiva.

El resultado más destacable, sin embargo, viene dado por la constatación de valores muy altos de riesgo en las edades de transición hacia la vejez, indicativo de que las personas mantienen sus hábitos perjudiciales adquiridos a edades más tempranas hasta la aparición de una enfermedad crónica, el que resulta ser un comportamiento general que se mantiene independientemente del sexo y el área geográfica considerada. Ello pone de manifiesto la necesidad de orientar las políticas de salud preventivas hacia edades muy tempranas. El desarrollo del análisis permitirá ir identificando las áreas

específicas hacia las cuales focalizar las acciones de promoción de salud y prevención de enfermedades crónicas.

El relacionamiento de estos niveles de riesgo con el estado de salud, realizado para cada grupo de edades, reafirma lo expresado (Cuadro 12).

Cuadro 12
Distribución de la población encuestada por estado de salud y nivel de riesgo, para el total y cada grupo de edades (%)

Nivel de riesgo	Total	Estado de salud			
		Muy bueno	Bueno	Regular	Malo
Total	**100.0**				
Bajo		4.2	3.7	0.9	-
Relativo		25.3	36.6	16.7	3.0
Alto		1.7	2.1	4.4	1.4
55 a 64 años	**100.0**				
Bajo		4.9	2.6	0.3	-
Relativo		34.4	35.8	11.5	0.4
Alto		2.0	2.4	4.9	0.9
65 a 79 años	**100.0**				
Bajo		4.0	4.3	1.2	-
Relativo		20.4	40.6	18.8	2.3
Alto		1.8	2.2	3.4	1.0
80 años y más	**100.0**				
Bajo		3.0	5.1	1.4	-
Relativo		14.5	23.3	26.1	14.9
Alto		-	0.8	6.6	4.4

Fuente: CEPAL, Oficina de Montevideo, en base a datos de ENEVISA 1999.

Una primera aproximación a los resultados permite observar que tanto a nivel global como en cada grupo de edades, una amplia mayoría de los encuestados presenta nivel de riesgo relativo. Sin embargo, en términos de la otra variable (estado de salud) es dable constatar un sistemático desplazamiento del eje de la distribución desde los estados de salud muy bueno y bueno hacia el estado de salud regular, a medida que avanza la edad de los encuestados. Así, un 70% de los encuestados en las edades más jóvenes une la doble condición de un nivel de riesgo relativo y estados de salud muy bueno o bueno, situación que reúne al 61% de los encuestados en las edades intermedias y tan sólo al 38% en las edades más avanzadas. En forma simultánea, los porcentajes de encuestados que presentan nivel de riesgo relativo y estado de salud regular o malo representan respectivamente, el 12%, el 21% y el 41% para cada uno de esos grupos de edades.

Una lectura adicional que permite el Cuadro 12 se relaciona con el bajísimo porcentaje (apenas un 12%) de la población entre 55 y 64 años, que disponiendo de un estado de salud muy bueno (esto es, no percibe enfermedad crónica y realiza una alta autoevaluación de su estado físico), asume una actitud positiva de prevención, implícita en la presencia de un nivel de riesgo bajo. El restante 88% se comporta en su inmensa mayoría en situación de riesgo relativo, el cual constituye el camino menos seguro para evitar la aparición de enfermedades crónicas. Ello resulta tanto o aún más preocupante cuando se observa la población entre 65 y 79 años que dispone de un estado de salud bueno -la cual ya percibe por tanto una enfermedad crónica-, pese a lo cual un porcentaje similar al caso anterior presenta un nivel de riesgo relativo no atribuible necesariamente a las limitaciones provocadas por la enfermedad, y que puede favorecer luego el agravamiento de su situación. Asimismo, en este caso, el porcentaje que presenta un nivel de riesgo bajo es menor al 10%.

Es sabido que el riesgo de contraer una enfermedad aumenta con la edad, pero no necesariamente puede atribuirse a la edad la aparición de una enfermedad. Como contracara de lo comentado anteriormente, un 17% de la población encuestada de 80 años y más de edad no percibe enfermedad crónica, ya que su estado de salud es muy bueno, y un 15% de ésta presenta nivel de riesgo bajo.

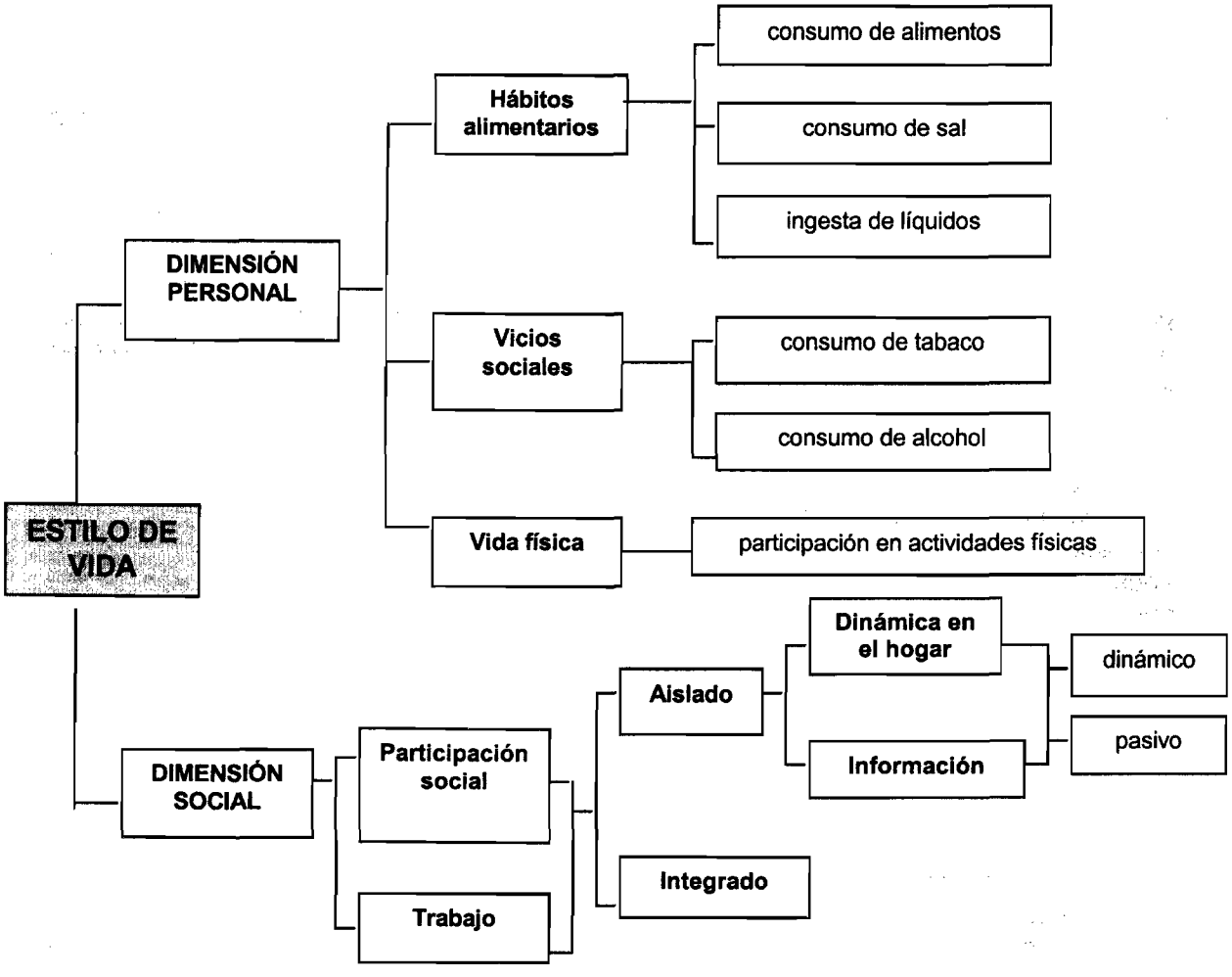
1. Estilo de vida

El estilo de vida fue analizado considerando únicamente factores relacionados con hábitos y costumbres que el encuestado desarrolla en su vida cotidiana, los que al depender de su conducta pueden ser modificados. Ellos refieren tanto a los hábitos alimentarios como a algunos vicios sociales, a las costumbres que poseen en relación al desarrollo de actividades que requieren de movimiento o esfuerzo físico, y a las de carácter doméstico, así como también a las actividades de participación social.

La calidad del estilo de vida se evaluó considerando dos dimensiones, la personal y la social, las cuales se relacionan con diversas variables, según se describe en el esquema que se presenta. Dichas dimensiones, así como cada una de las distintas variables contenidas en el esquema, serán analizadas en forma sucesiva en el presente acápite con el propósito de presentar los resultados correspondientes al comportamiento de la población en relación a cada uno de los aspectos considerados.

A partir de la combinación de las diferentes categorías establecidas en relación a los comportamientos de riesgo para la salud en una y otra dimensión, la población encuestada fue clasificada en cuatro estilos de vida, denominados respectivamente, como Muy Positivo, Positivo, Relativamente positivo y Nada positivo (ver Anexo B. Metodología de construcción de las variables).

Sólo un 6.6% de la población encuestada, esto es, de 55 años y más de edad y urbana, tiene un estilo de vida **"muy positivo"**, lo cual significa en relación con la dimensión personal, que su estilo de vida es muy saludable por mantener buena dieta, no tener vicios sociales y realizar una actividad física intensa o moderada. Desde la dimensión social resulta una población integrada.



Un 16% de la población investigada posee un estilo de vida **"positivo",** ya que en la dimensión personal presenta algún comportamiento de riesgo en sus hábitos alimentarios y, aunque realiza actividad física, es fumadora moderada o consume alcohol en forma ocasional o moderada. Desde la dimensión social queda comprendida en las categorías de integrada o aislada dinámica.

Un 58% de la población encuestada mantiene un estilo de vida **"relativamente positivo".** Son personas que alternan situaciones positivas y negativas. Por ejemplo, pueden tener una buena dieta pero consumen tabaco o alcohol, o no desarrollan actividad física, ni siquiera caminar. Pueden tener una dieta alimentaria pobre, con o sin consumo de tabaco o alcohol, pero desarrollan actividad física moderada o intensa. Socialmente pueden estar integrados o ser aislados dinámicos.

Por último, el 20% de los encuestados posee un estilo de vida **"nada positivo"**, con hábitos alimentarios perjudiciales para la salud o, alternativamente, un consumo severo de tabaco o alcohol y no desarrollan actividad física alguna. Desde la dimensión social son personas aisladas pasivas.

La situación de las mujeres es mucho más favorable que la de los hombres, ya que más de la cuarta parte de ellas llevan un estilo de vida positivo o muy positivo, situación que alcanza sólo al 16% de los varones. Por otra parte, el porcentaje de la población que presenta un estilo de vida nada positivo es casi tres veces mayor entre la población masculina.

Cuadro 13
Estilo de vida de la población encuestada según sexo (%).

Sexo	Total	Muy positivo	Positivo	Relativamente positivo	Nada positivo
Total	**100.0**	**6.6**	**15.5**	**58.0**	**19.9**
Hombres	100.0	3.0	12.5	51.5	33.0
Mujeres	100.0	9.2	17.6	62.7	10.5

Fuente: CEPAL, Oficina de Montevideo, en base a datos de ENEVISA 1999.

Cuando se analiza el comportamiento de la población de cada grupo de edades, se observa un leve incremento en la participación de los estilos de vida más positivos al pasar del grupo más joven a las edades intermedias, debido posiblemente a un cambio de hábitos alimentarios por la aparición de alguna enfermedad crónica. Como se verá más adelante, el 46% de la población de este último grupo cambió de dieta y la mayoría lo hizo ante la presencia de una enfermedad. También en dichas edades disminuye la presencia de fumadores de toda la vida. Al pasar a las edades más avanzadas, la situación empeora dado que entran a pesar otras variables no necesariamente relacionadas con los hábitos alimentarios y los vicios sociales, sino principalmente con el sedentarismo y el aislamiento social.

Cuadro 14
Estilo de vida de la población encuestada según grupos de edades (%).

Grupos de edades	Total	Muy positivo	Positivo	Relativamente positivo	Nada positivo
Total	**100.0**	**6.6**	**15.5**	**58.0**	**19.9**
55 a 64 años	100.0	6.6	14.4	61.2	17.8
65 a 79 años	100.0	7.3	16.8	56.9	19.0
80 años y más	100.0	4.1	13.5	52.7	29.7

Fuente: CEPAL, Oficina de Montevideo, en base a datos de ENEVISA 1999.

Al relacionar el estilo de vida con la variable estado de salud (Cuadro 15), una primera observación que cabe destacar es el alto porcentaje de la población encuestada que no percibiendo enfermedad crónica, esto es, disponiendo de un estado de salud muy

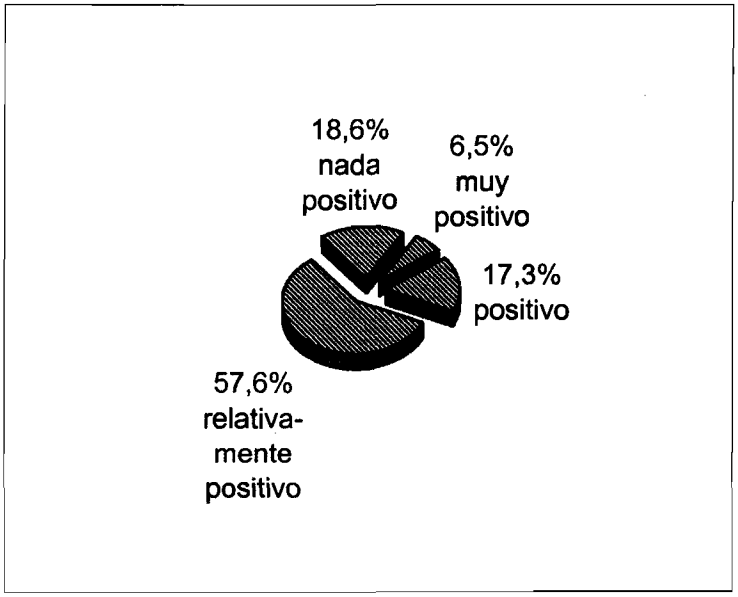
bueno, tiene un estilo de vida relativamente positivo o nada positivo, situación que se ilustra en el Gráfico 10. Dicho de otra forma, tres de cada cuatro personas que manifiesta un estado de salud muy bueno, tiene un estilo de vida que puede condicionar su salud futura.

Cuadro 15
Distribución de la población encuestada por estilo de vida y estado de salud (%)

Estilo de vida	Total	Estado de salud			
		Muy bueno	Bueno	Regular	Malo
Total	**100.0**	**30.7**	**41.9**	**22.0**	**5.4**
Muy positivo	**6.6**	2.0	4.0	0.7	0.0
Positivo	**15.5**	5.3	6.8	3.3	0.1
Relativamente positivo	**58.0**	17.7	25.1	13.4	1.8
Nada positivo	**19.9**	5.7	6.0	4.6	**3.5**

Fuente: CEPAL, Oficina de Montevideo, en base a datos de ENEVISA.

Gráfico 10
Distribución de la población encuestada con estado de salud muy bueno, según estilo de vida (%).



Fuente: CEPAL, Oficina de Montevideo, en base a datos de ENEVISA 1999.

Al desagregar la información según los grandes grupos de edades considerados (Cuadro 16), es posible observar algunas situaciones de interés. Por una parte, la proporción de quienes presentan estado de salud muy bueno o bueno y mantienen un estilo de vida relativamente positivo (situación predominante a nivel global), disminuye en

forma sistemática con la edad, al pasar desde casi el 50% en el grupo más joven, al 41% en las edades intermedias y sólo el 27% en las más avanzadas. A la vez, quienes presentan estado de salud regular o malo y mantienen un estilo de vida nada positivo alcanzan al 4%, el 7% y el 26%, respectivamente de cada grupo de edades mencionado. Por otra parte, y como contracara de esta situación, la proporción de quienes presentan estado de salud muy bueno o bueno y mantienen un estilo de vida muy positivo o positivo alcanza respectivamente, al 18%, el 19% y el 13% de los encuestados en cada grupo de edades.

Cuadro 16
Distribución de la población encuestada en cada grupo de edades por estilo de vida y estado de salud (%)

Estilo de vida	Total	Estado de salud			
		Muy bueno	Bueno	Regular	Malo
55 a 64 años	**100.0**	**41.1**	**40.8**	**16.6**	**1.5**
Muy positivo	**6.6**	2.6	3.7	0.3	0.0
Positivo	**14.4**	6.2	5.7	2.6	0.0
Relativamente positivo	**61.2**	24.0	25.6	10.3	1.1
Nada positivo	**17.8**	8.2	5.8	3.4	0.4
65 a 79 años	**100.0**	**25.8**	**46.7**	**23.6**	**3.9**
Muy positivo	**7.3**	1.4	4.9	1.0	0.0
Positivo	**16.8**	5.3	7.6	3.7	0.2
Relativamente positivo	**56.9**	14.6	26.8	14.3	1.1
Nada positivo	**19.0**	4.5	7.3	4.6	2.6
80 años y más	**100.0**	**16.3**	**27.2**	**32.6**	**23.9**
Muy positivo	**4.1**	2.3	1.1	0.7	0.0
Positivo	**13.5**	2.1	7.1	4.3	0.0
Relativamente positivo	**52.7**	9.3	17.5	18.9	6.9
Nada positivo	**29.7**	2.6	1.4	8.7	17.0

Fuente: CEPAL, Oficina de Montevideo, en base a datos de ENEVISA 1999.

Recuadro 3
Estilos de Vida Saludables y Salud Mental

El Programa Regional de Estilos de Vida Saludables y Salud Mental de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) tiene como líneas de acción las siguientes:

-Modificar los factores sociales, culturales y políticos que, en relación recíproca con el individuo, influyen en las conductas individuales y colectivas para favorecer el mantenimiento, mejoramiento y recuperación de la salud y el bienestar.

-Promover la participación social a favor de la salud y del mejoramiento de las condiciones de equidad.

-Implantar una cultura de salud, basada en un entorno físico y social que favorezca la selección de opciones saludables para la población.

-Respaldar los esfuerzos de gobernantes, ciudadanos, el sector salud y los demás sectores e instituciones a nivel local para movilizar recursos en pro de la salud y el bienestar.

-Promover las acciones y los programas de información, educación y comunicación en salud, que contribuyan al desarrollo de la salud a nivel individual y colectivo.

Fuente: OPS, Información Técnica, Promoción y Protección a la salud, octubre, 1999.

a. Dimensión personal

La dimensión personal del estilo de vida está referida a los hábitos y costumbres desarrollados por los encuestados en relación con la alimentación, determinados vicios sociales y la práctica de actividad física. A partir de la combinación de las diversas categorías consideradas para cada una de estas variables, la población encuestada resultó clasificada en cuatro grupos según la dimensión personal del estilo de vida: muy positivo, positivo, relativamente positivo y nada positivo. Los resultados alcanzados se presentan en el Cuadro 17.

Cabe recordar que esta variable -dimensión personal del estilo de vida- constituye una de las dos que determinan la variable dependiente final denominada estilo de vida; la otra variable interviniente que recoge la dimensión social se analiza más adelante.

En este contexto, la mera contrastación de la información del Cuadro 17, con la antes analizada contenida en el Cuadro 14, pone de relieve el fuerte efecto de empeoramiento de las situaciones que ejerce la dimensión social en la determinación del estilo de vida, tanto globalmente como para caa uno de los grupos de edades. En otras palabras, la dimensión personal del estilo de vida muestra una situación claramente más favorable que la antes analizada en relación al estilo de vida.

Cuadro 17
Dimensión personal del estilo de vida de la población encuestada según grupos de edades (%)

Grupos de edades	Total	Dimensión personal (del estilo de vida)			
		Muy positivo	Positivo	Relativamente positivo	Nada positivo
Total	**100.0**	**9.8**	**13.5**	**66.1**	**10.6**
55 a 64 años	100.0	8.9	13.0	64.7	13.4
65 a 79 años	100.0	11.4	14.3	65.3	9.0
80 años y más	100.0	6.5	11.6	74.1	7.8

Fuente: CEPAL, Oficina de Montevideo, en base a datos de ENEVISA 1999.

i. Hábitos alimentarios

Las prácticas alimentarias constituyen un aspecto fundamental en la configuración de los estilos de vida, y su conocimiento resulta imprescindible para fomentar hábitos y modalidades de vida saludable a partir precisamente de la observación de las conductas de riesgo.

Los resultados de la encuesta permiten únicamente obtener un patrón general de frecuencia de consumo semanal para una amplia gama de alimentos. La valoración nutricional de las ingestas no constituye un objetivo de la investigación realizada. No obstante, una primera apreciación general permite efectuar un balance relativamente positivo de la dieta que observa la población bajo estudio.

Un primer aspecto a destacar está dado por el hecho de que la mayor parte de la población encuestada consume frutas, verduras y leche más de cinco veces a la semana, lo cual resulta ser un indicador favorable para la salud.

El consumo de carne se utiliza habitualmente como referencia para conocer el tipo de alimentación -buena o mala- de una persona o comunidad. Al margen de las dificultades que involucra la aplicación de estos calificativos a la alimentación, la sociedad uruguaya, por razones culturales y de amplia disponibilidad, asignó a la carne vacuna un valor simbólico con independencia de su valor nutritivo. Los datos aportados por la investigación muestran un consumo semanal moderado de ésta que se alterna con el de carnes blancas, tales como pescado y pollo. Cabe reconocer que este cambio de hábito en el consumo de la población de 55 años y más -conformada por generaciones para las cuales no podía faltar la carne vacuna en su dieta diaria- puede obedecer a varios factores: problemas de masticación (casi el 40% tiene dentadura postiza), mayor abundancia de pollo en el mercado y precios similares o menores que otras carnes, o mayor información acerca de que se puede vivir sin comer carne vacuna, cuando existen fuentes alternativas de proteínas.

Asimismo, más de la mitad de la población encuestada tiene un consumo adecuado de huevos (1 a 3 veces por semana), acorde con las recomendaciones de los nutriólogos.

Cuadro 18
Frecuencia de consumo semanal de algunos alimentos en la población encuestada (%)

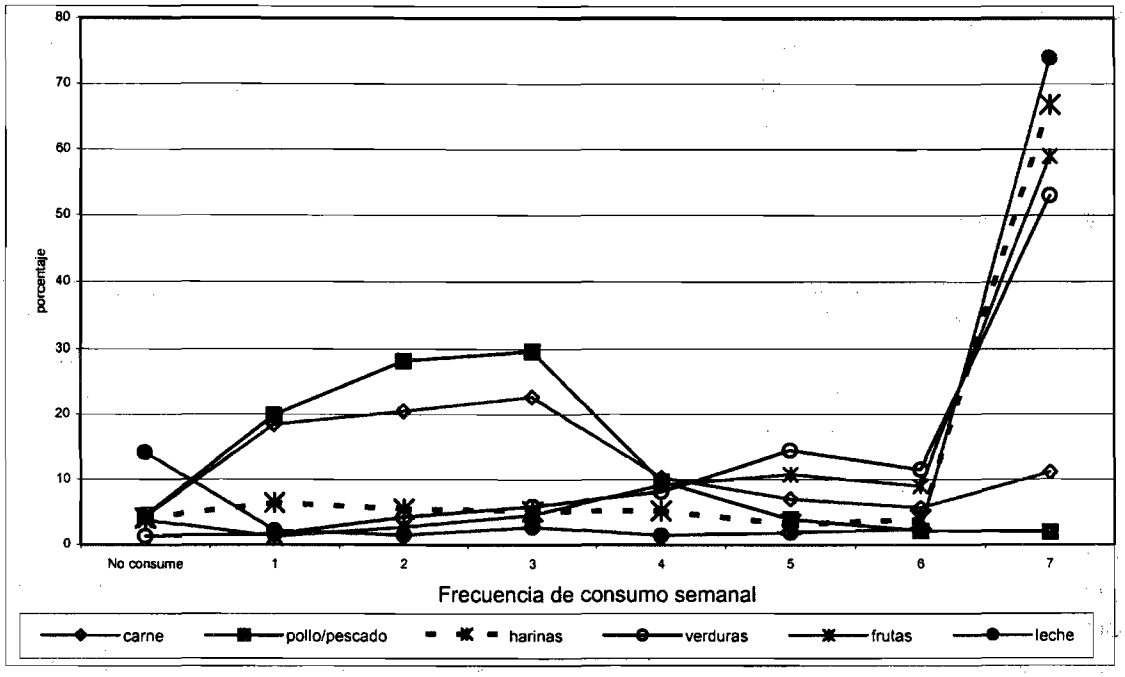
Tipo de alimentos	Total	Frecuencia de consumo semanal							No consume
		1	2	3	4	5	6	7	
Carne vacuna o porcina	100.0	18.4	20.5	22.7	10.3	7.0	5.7	11.1	4.3
Carne de pollo o pescado	100.0	19.9	28.3	29.7	9.7	3.9	2.1	1.9	4.5
Harinas	100.0	6.4	5.5	5.1	5.2	3.1	3.9	66.8	4.1
Manteca	100.0	13.9	10.9	9.1	5.6	2.7	1.3	9.4	47.2
Huevos	100.0	13.9	22.8	20.0	13.1	3.4	1.5	4.4	20.8
Queso	100.0	7.6	11.0	14.6	16.5	11.8	4.9	17.5	16.2
Leche o yogurt	100.0	2.1	1.5	2.7	1.4	1.9	2.3	74.0	14.2
Frituras	100.0	19.8	16.4	11.0	4.7	2.7	1.5	4.2	39.7
Comidas preparadas	100.0	7.6	4.7	2.5	1.7	0.6	1.1	3.8	78.0
Frutas frescas o jugos	100.0	1.3	2.7	4.5	9.1	10.8	9.0	58.9	3.7
Verduras	100.0	1.6	4.2	5.9	8.1	14.4	11.5	53.0	1.3
Dulces *	100.0	11.2	11.4	10.2	9.4	6.0	4.3	29.8	17.6

Fuente: CEPAL, Oficina de Montevideo, en base a datos de ENEVISA 1999.
* Incluye: tortas, caramelos, mermeladas, bebidas cola o gaseosa, helados, etc.

Si bien el 40% de los encuestados no come frituras y el 47% no consume manteca, el resto de la población lo hace con bastante frecuencia en ambos casos, lo que puede considerarse un aspecto negativo en relación a los hábitos alimentarios. Por otra parte, no están considerados en la declaración las grasas que se ingieren por vía de productos elaborados, así como las grasas saturadas por el proceso de industrialización (margarina, manteca vegetal, aderezos de ensaladas y otras).

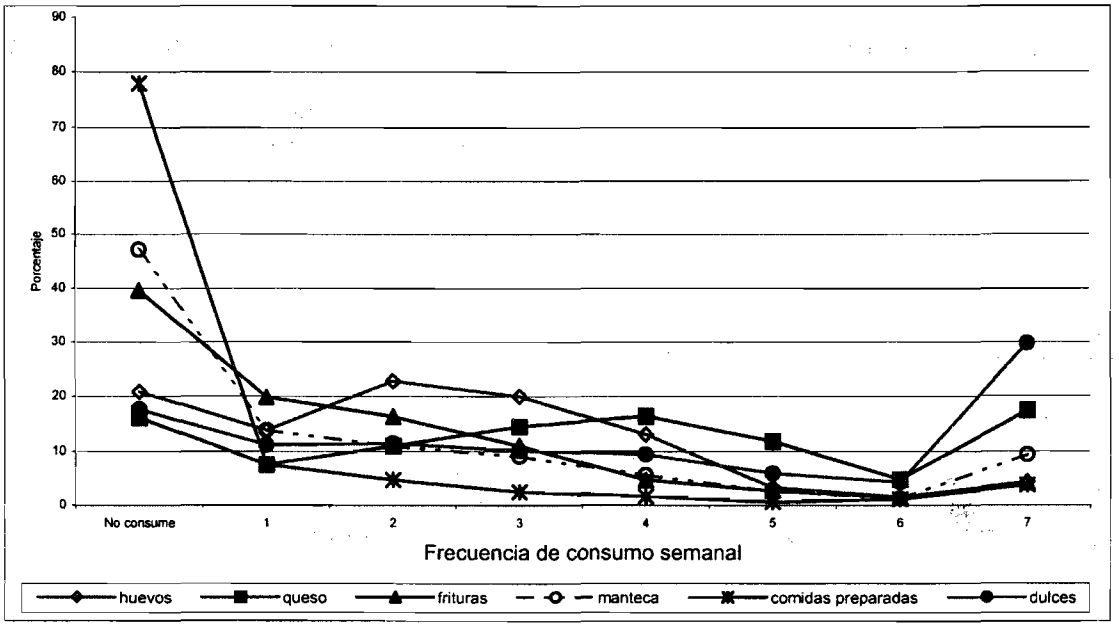
También es posible observar un alto consumo diario de harinas (67%), que incluye galletas, pan, pastas, etc. Los carbohidratos son la principal fuente de energía para todas las funciones del cuerpo y proporcionan calorías de una forma rápida, por lo cual su ingesta diaria es recomendada, aunque en cantidades limitadas.

Gráfico 11
Curvas de frecuencia de consumo semanal de alimentos seleccionados en la población encuestada



Fuente: CEPAL, Oficina de Montevideo, en base a datos de ENEVISA 1999.

Gráfico 12
Curvas de frecuencia de consumo semanal de alimentos seleccionados en la población encuestada



Fuente: CEPAL, Oficina de Montevideo, en base a datos de ENEVISA 1999.

Corresponde señalar finalmente que el patrón de comportamiento que muestran las curvas de frecuencia de consumo no varía significativamente con la edad. Sí presenta para algunos alimentos tales como carnes y frituras, mayores porcentajes de consumidores entre las edades más jóvenes (55 a 64 años). Se destaca también el mayor consumo diario de leche y dulces entre la población más anciana.

Ingesta de líquidos

Como parte de una dieta saludable, el organismo necesita la ingesta de líquidos para llevar a cabo sus funciones, la cual se recomienda alcance al menos los tres litros diarios. En general, el bajo consumo de líquidos es un comportamiento bastante universal, costumbre que se trata de corregir a partir de la información sobre las consecuencias y los beneficios que la ingesta de líquidos tiene para la salud.

La población uruguaya no escapa a este patrón general ya que la gran mayoría (67%) toma entre uno y dos litros diarios, un 18% menos de un litro y solamente un 15% ingiere tres o más litros al día (Cuadro 19). A medida que aumenta la edad, las personas ingieren menos líquidos, por lo que aumentan sus riesgos de salud. Este comportamiento es más acentuado entre las mujeres, alcanzando su máxima expansión en las edades más avanzadas (80 años y más) donde un 36% ingiere menos de un litro diario.

Cuadro 19
Cantidad de líquido consumido diariamente por la población encuestada, según grupos de edades y sexo (%)

Cantidad de líquido consumido	Total	55 a 64 años	65 a 79 años	80 años y más
Total	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**
Menos de 1 litro	18.4	10.7	19.2	33.7
De 1 a 2 litros	67.1	70.5	66.7	60.7
3 o más litros	14.5	18.8	14.1	5.6
Hombres	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**
Menos de 1 litro	15.7	8.4	16.9	29.7
De 1 a 2 litros	65.3	67.2	63.3	68.1
3 o más litros	19.0	24.4	19.8	2.2
Mujeres	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**
Menos de 1 litro	20.0	12.3	20.5	36.2
De 1 a 2 litros	68.2	72.6	68.7	56.0
3 o más litros	11.8	15.1	10.8	7.8

Fuente: CEPAL, Oficina de Montevideo, en base a datos de ENEVISA 1999.

Consumo de sal

La sal siempre ha formado parte de la dieta del ser humano. Sin embargo, en los últimos años se ha incrementado su consumo mundial hasta llegar a niveles peligrosos para la salud, a pesar de que tanto el sodio como el cloro (los dos componentes de la sal común) son indispensables para la vida.

La costumbre de añadir sal durante la preparación de la comida y antes de ingerirla, a lo que se agrega la presencia de compuestos de sodio utilizados como conservadores y saborizantes en el procesamiento industrial de los alimentos, motivan que se ingiera cada vez una mayor cantidad de sodio en la dieta. El consumo excesivo del mismo puede conducir a serios problemas de salud, como retención de agua (edema), hipertensión arterial y daño renal, entre otros.

En la investigación realizada se indagó por el consumo de sal, tratando además de captar esta situación más comprometida para la salud, al preguntar sobre si "acostumbra agregarle sal a los alimentos antes de probarlos". En el Cuadro 20 se presentan las formas de consumo declaradas de acuerdo a la edad. Globalmente el consumo de sal declarado refleja un comportamiento positivo, ya que solamente un 4% de la población agrega sal a los alimentos que ya la incluyen en su preparación. Acorde con el aumento de las enfermedades coronarias con la edad, el porcentaje de consumidores moderados y altos disminuye.

Cuadro 20
Consumo de sal entre la población encuestada según grupos de edades (%).

Consumo de sal	Total	55 a 64 años	55 a 64 años	80 años y más
Total	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**
Nulo	26.5	20.1	29.8	34.2
Moderado	69.4	74.4	66.9	63.0
Alto	4.1	5.5	3.3	2.7

Fuente: CEPAL, Oficina de Montevideo, en base a datos de ENEVISA 1999.

Modificación de los hábitos alimentarios

Con el fin de conocer si la dieta declarada, incluidos alimentos, sal y líquidos, fue observada durante toda la vida o se modificó por la aparición de alguna enfermedad crónica o por una conducta preventiva hacia una vejez más saludable, se interrogó acerca de la existencia de un cambio y de ser así se investigaron los motivos. El Cuadro 21 resume ambas situaciones y muestra que un 41% de la población encuestada modificó su dieta, observándose un importante cambio de intensidad en torno a los 65 años. La mayoría de quienes cambiaron la dieta lo hicieron ante la presencia de una enfermedad crónica, porcentaje que aumenta levemente con la edad.

Cabe destacar además que el sexo no muestra ninguna incidencia en relación a la modificación de los hábitos alimentarios por razones de prevención, manteniéndose en torno al 28% de la población para ambos sexos.

Cuadro 21
Modificación de la dieta entre la población encuestada y motivos del cambio, según grupos de edades (%)

Modificación de la dieta	Total	55 a 64 años	65 a 79 años	80 años y más
Total	100.0	100.0	100.0	100.0
Siempre tuvo la misma dieta	58.6	65.1	54.3	54.3
Cambió de dieta	41.4	34.9	45.7	45.7
Motivos del cambio	100.0 *	100.0 *	100.0 *	100.0 *
Enfermedad crónica	63.5	62.0	63.3	68.4
Prevención	28.0	26.7	30.1	22.8
Otro	8.5	11.3	6.6	8.8

Fuente: CEPAL, Oficina de Montevideo, en base a datos de ENEVISA 1999.
* Comprende únicamente a quienes cambiaron de dieta.

ii. Actividad física

La encuesta recogió información sobre el tipo, la frecuencia semanal y la duración de ciertas actividades que implican para el individuo desarrollar movimientos físicos, que van desde los deportes clásicos como gimnasia, básquetbol, voleibol, natación o ciclismo, hasta caminar, hacer yoga y jugar a las bochas, entre otras.

A partir de la consideración de la cantidad de actividades, las veces a la semana que realiza cada actividad y el tiempo de dedicación a la misma, se definieron cuatro niveles de actividad física. Los resultados se presentan en el Cuadro 22.

Uno de los aspectos más resaltables refiere al alto porcentaje de personas que no desarrollan ninguna actividad (58%) o lo hacen sólo en forma mínima (7%), aspecto altamente negativo si se considera que el ejercicio físico es un factor que ayuda a disminuir los riesgos y a prevenir algunos padecimientos crónicos degenerativos, sin olvidar la influencia que tiene en el control de la obesidad y en el bienestar físico y sicológico de las personas. En términos generales, los porcentajes de población que desarrollan una actividad física mínima se mantienen bastante homogéneos entre las distintas edades, lo cual podría ser indicador de que no existe un pasaje gradual a la inactividad.

Cuadro 22
Nivel de actividad física de la población encuestada según sexo y grupos de edades
(%)

Sexo y grupos de edades	Total	Nula	Mínima	Moderada	Intensa
Total	**100.0**	**57.6**	**6.7**	**18.0**	**17.7**
55 a 64 años	100.0	57.3	6.2	16.8	19.7
65 a 79 años	100.0	55.0	7.3	20.5	17.2
80 años y más	100.0	68.0	6.4	12.2	13.4
Hombres	**100.0**	**52.8**	**5.6**	**18.7**	**22.9**
55 a 64 años	100.0	55.6	6.8	15.9	21.7
65 a 79 años	100.0	50.1	4.9	21.7	23.3
80 años y más	100.0	52.8	4.0	16.8	26.4
Mujeres	**100.0**	**60.9**	**7.5**	**17.6**	**14.0**
55 a 64 años	100.0	58.7	5.7	17.6	18.0
65 a 79 años	100.0	58.3	8.9	19.7	13.1
80 años y más	100.0	75.5	7.5	9.9	7.1

Fuente: CEPAL, Oficina de Montevideo, en base a datos de ENEVISA 1999.

La información más desagregada permite observar, sin embargo, que las desigualdades de género se manifiestan en forma acentuada respecto a esta práctica. No sólo es más elevado el porcentaje de varones que practican alguna actividad física, sino que estos la mantienen e intensifican hacia el final de la vida. Los incrementos netos de los porcentajes masculinos que se registran en los niveles de actividad moderada e intensa a partir de los 65 años, parecerían indicar que los varones acentúan el desarrollo de estas actividades al pasar a retiro y disponer por ello de más tiempo para realizarlas. En cambio, entre los 55 y 64 años, los porcentajes de encuestados de uno y otro sexo que desarrollan una actividad moderada no son tan disímiles, comportamiento que podría explicarse en parte por la realización de actividades en pareja, como el caminar y el ciclismo, entre otras.

En las diferencias observadas entre hombres y mujeres no debe dejar de considerarse la influencia de ciertas pautas culturales como, por ejemplo, la mayor frecuencia entre los varones de la participación en actividades deportivas (fútbol, básquetbol). Ello se aprecia claramente al relacionar la práctica actual con la desarrollada antes de alcanzar los 50 años, edad a la cual parece dificultarse el cambio de hábitos. Así, mientras el 60% de los varones que practicaban actividad física antes de dicha edad continúan haciéndolo en la actualidad, el porcentaje entre las mujeres en igual situación sólo alcanza al 28%. Como contrapartida, la casi totalidad de las mujeres que no practicaban ninguna actividad, tampoco lo hacen ahora, lo que confirma la hipótesis manejada de que las personas conservan después de los 50 años los hábitos adquiridos más tempranamente. En el caso de los varones, se observa un cambio de conducta más favorable en este aspecto, ya que casi un 34% de los que

antes de los 50 años no practicaban actividades físicas, sí lo hacen en la actualidad. La población femenina parece ser más difícil de inducir al cambio dado que dicho porcentaje sólo alcanza un valor próximo al 9%.

Cuadro 23
Práctica actual de actividad física entre la población encuestada total y por sexos, según práctica antes de los 50 años y tramos de edades (%).

Antes de los 50 años	Total		Hombres		Mujeres	
	Actualmente:		Actualmente:		Actualmente:	
	Practica	No practica	Practica	No practica	Practica	No practica
Practicaba						
Total	**43.1**	**56.9**	**60.4**	**39.6**	**28.2**	**71.8**
55 a 64 años	50.4	49.6	68.9	31.1	33.6	66.4
65 a 79 años	40.6	59.4	58.6	41.4	26.0	74.0
80 años y más	26.1	73.9	34.4	65.6	18.4	81.6
No practicaba						
Total	**18.1**	**81.9**	**33.5**	**66.5**	**8.6**	**91.4**
55 a 64 años	19.5	80.5	35.3	64.7	6.8	93.2
65 a 79 años	18.9	81.1	33.8	66.2	10.2	89.8
80 años y más	11.8	88.2	23.9	76.1	7.6	92.4

Fuente: CEPAL, Oficina de Montevideo, en base a datos de ENEVISA 1999.

Recuadro 4
¡El ejercicio fortalece tu salud!

Considerando que el sedentarismo es una de las causas que están presentes en la mayoría de las enfermedades crónico degenerativas y con la certeza de que la instrumentación de programas de ejercicios eficientes y seguros contrarrestan los efectos nocivos del sedentarismo, es propósito de la Secretaría de Salud de México, el impulsar la práctica de actividades físicas y ejercicios entre la población de adultos mayores de 51 años.

ACTIVIDADES

- Orientar a la población sobre la práctica segura de actividades físicas.
- Desarrollar y validar programas de actividades físicas seguras y adecuadas para promover la salud.
- Promover que otras instituciones y organismos instrumenten el programa.

Fuente: Secretaría de Salud de México, setiembre 1998.

iii. Vicios sociales

El tercer aspecto que conforma la dimensión personal del estilo de vida es el relativo a los vicios sociales, entendiéndose por tales, el consumo de tabaco y alcohol. Son conocidos los perjuicios que causa el abuso crónico del tabaco y el alcohol sobre la salud, además de los múltiples y variados efectos visibles que tiene en el cuerpo. A continuación se analiza el consumo actual de tabaco y el abandono de dicho hábito, y posteriormente el consumo de alcohol.

Consumo de tabaco

El análisis del consumo de tabaco se basa en las categorías de riesgo adoptadas: severo, moderado, bajo y nulo (ver Anexo B, Metodología de construcción de las variables).

Una primera observación general permite constatar que la mayoría de la población encuestada (84.4%) no tiene el hábito de fumar. Entre quienes fuman, predomina el consumo severo, que alcanza a casi el 10% de la población.

Cuadro 24
Consumo de tabaco entre la población encuestada, según sexo y grupos de edades
(%)

Sexo y grupos de edades	Total	Consumo de tabaco			
		Nulo	Bajo	Moderado	Severo
Total	**100.0**	**84.4**	**2.9**	**3.1**	**9.6**
55 a 64 años	100.0	77.5	3.9	3.9	14.7
65 a 79 años	100.0	87.7	2.6	3.0	6.7
80 años y más	100.0	93.8	0.7	1.1	4.4
Hombres	**100.0**	**76.0**	**3.7**	**3.8**	**16.5**
55 a 64 años	100.0	67.9	5.7	4.0	22.4
65 a 79 años	100.0	80.9	2.7	4.0	12.4
80 años y más	100.0	89.4	-	1.2	9.4
Mujeres	**100.0**	**90.4**	**2.3**	**2.6**	**4.7**
55 a 64 años	100.0	85.7	2.4	3.8	8.1
65 a 79 años	100.0	92.3	2.6	2.2	2.9
80 años y más	100.0	96.0	1.0	1.0	2.0

Fuente: CEPAL, Oficina de Montevideo, en base a datos de ENEVISA 1999.

El sexo y la edad determinan pautas diferentes de consumo. Así, mientras entre los 55 y 64 años el 32% de los varones son fumadores, sólo lo son el 14% de las mujeres. En las edades más avanzadas los porcentajes decrecen hasta representar

11% y 4%, respectivamente, para hombres y mujeres en la población de 80 años y más. El consumo severo muestra asimismo una mayor persistencia entre los varones, manteniéndose en valores significativos hasta las etapas finales de la vida.

Respecto a la desigualdad según el sexo observada en el consumo, podría argumentarse que los varones utilizan el fumar como forma de paliar las tensiones, en tanto que las mujeres recurren más a los psicofármacos, como lo muestra el consumo de este tipo de medicamento.

Cambio de hábito

A partir de las preguntas formuladas en relación con el consumo de tabaco, es posible reconstruir la historia del fumador. La información presentada en el Cuadro 25 muestra que el 63% de la población encuestada no es ni fue fumadora, hecho altamente positivo en relación a conductas de riesgo para la salud. Un 21 % de la población dejó el tabaco habiendo fumado la mayor parte de su vida, en tanto que los que son fumadores de toda la vida alcanzan a casi el 14% de los encuestados.

El análisis por edad evidencia una mayor presencia de consumidores en las cohortes más jóvenes: entre los 55 y 64 años existe un 20% de fumadores de larga data, porcentaje que baja a 10% entre los 65 y 79 años, y se reduce al 5% para el grupo de 80 años y más.

Cuadro 25
Cambio de hábito en el consumo de tabaco entre la población encuestada, según grupos de edades (%)

Antes	Actualmente		
	Total	Fuma	No fuma
Total	**100.0**	**15.6**	**84.4**
No fumaba	65.3	2.1	63.2
Fumaba	34.7	13.5	21.2
55 a 64 años	**100.0**	**22.5**	**77.5**
No fumaba	58.3	2.6	55.7
Fumaba	41.7	20.0	21.8
65 a 79 años	**100.0**	**12.3**	**87.7**
No fumaba	67.6	1.9	65.7
Fumaba	32.4	10.4	22.0
80 años y más	**100.0**	**6.2**	**93.8**
No fumaba	78.6	1.5	77.1
Fumaba	21.4	4.7	16.7

Fuente: CEPAL, Oficina de Montevideo, en base a datos de ENEVISA 1999.

Dado que el tiempo y el actual nivel de consumo determinan distintas situaciones particulares de riesgo, el conocimiento del número de años en los que se mantuvo o aún mantiene el referido hábito permite completar la historia del fumador.

Habida cuenta de la edad de la población bajo estudio, un período prolongado de consumo podría considerarse aquel mayor a 30 años. Tomando a éste como referente, es posible alcanzar las siguientes conclusiones: a) entre los encuestados que dejaron de fumar, el 42% lo hicieron durante este lapso, lo que de acuerdo a la edad significa la mayor parte de su vida; b) entre la población que actualmente tiene un consumo bajo, el 79% hace más de 30 años que fuma, porcentaje que baja al 70% entre los que tienen un consumo moderado; y c) al riesgo que significa un consumo severo de tabaco, se suma el hecho de que la inmensa mayoría de estos fumadores (85%), hace más de 30 años que tienen este hábito.

Consumo de alcohol

De acuerdo con lo declarado en la entrevista, el consumo de bebidas alcohólicas no plantea globalmente un problema agudo en la población estudiada. El 85.2% tiene un consumo habitual prácticamente nulo, ya que no toma o lo hace ocasionalmente. El consumo moderado (toman dos vasos diarios) representa el 12.2% de la población, siendo el consumo severo (más de tres vasos diarios) una práctica que alcanza al 2.6%.

Sin embargo, el género plantea desigualdades importantes en relación al consumo de alcohol, ya que las mujeres presentan niveles mínimos de consumo. Como lo muestra la información del Cuadro 26, la cuarta parte de la población masculina consume alcohol en forma habitual y algo más de la quinta parte de ellos tiene un consumo severo.

Cuadro 26
Consumo de alcohol entre la población encuestada según sexo y grupos de edades.

Sexo y grupos de edades	Total	Consumo de alcohol		
		Ocasional o nulo	Moderado	Severo
Total	**100.0**	**85.2**	**12.2**	**2.6**
55 a 64 años	100.0	84.6	11.8	3.6
65 años y más	100.0	85.7	12.4	1.9
Hombres	**100.0**	**74.1**	**20.3**	**5.6**
55 a 64 años	100.0	72.4	20.3	7.3
65 años y más	100.0	75.5	20.3	4.2
Mujeres	**100.0**	**94.4**	**5.5**	**0.2**
55 a 64 años	100.0	96.4	3.6	0.0
65 años y más	100.0	93.2	6.6	0.3

Fuente: CEPAL, Oficina de Montevideo, en base a datos de ENEVISA 1999.

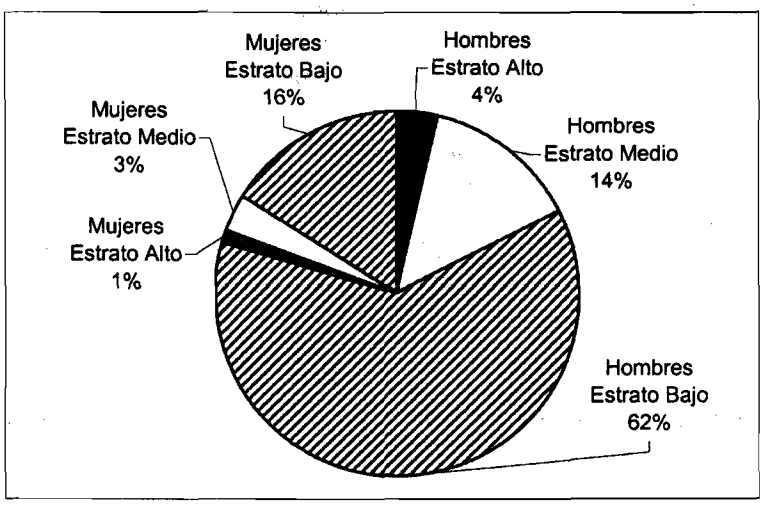
Cuando se relaciona el consumo de alcohol con el estrato ocupacional, el cual corresponde en este caso a la ocupación desarrollada durante la mayor parte de la vida, se observa que el consumo de alcohol baja a medida que se asciende en la escala ocupacional. En consecuencia, el consumo severo se concentra en el estrato ocupacional bajo que comprende a operarios calificados y no calificados y a trabajadores de servicios personales y, en menor medida, en el estrato medio que incluye a gerentes, administradores, empleados de oficina, comerciantes y vendedores. El Gráfico 13 resulta ilustrativo al respecto, al mostrar que el consumo tanto moderado como severo se concentra mayoritariamente en el estrato bajo. Respecto a estas constataciones es importante señalar que los niveles pueden estar afectados por los problemas de subdeclaración que presentan habitualmente este tipo de preguntas.

Cuadro 27
Consumo de alcohol entre la población encuestada según sexo y estrato ocupacional *
(%)

Estrato ocupacional	Total	Consumo de alcohol		
		Ocasional o nulo	Moderado	Severo
Total	**100.0**	**85.0**	**12.4**	**2.6**
Alto	100.0	91.8	8.2	0.0
Medio	100.0	88.6	8.9	2.5
Bajo	100.0	82.9	14.1	2.9
Hombres	**100.0**	**73.7**	**20.8**	**5.5**
Alto	100.0	79.4	20.6	0.0
Medio	100.0	81.8	13.2	5.0
Bajo	100.0	70.2	23.6	6.2
Mujeres	**100.0**	**94.4**	**5.5**	**0.2**
Alto	100.0	97.1	2.9	0.0
Medio	100.0	95.6	4.4	0.0
Bajo	100.0	93.6	6.2	0.2

* Corresponde a la ocupación desarrollada durante la mayor parte de la vida
Fuente: CEPAL, Oficina de Montevideo, en base a datos de ENEVISA 1999.

Gráfico 13
Distribución de la población encuestada con consumo moderado y severo de alcohol. según sexo y estrato ocupacional (%)



Fuente: CEPAL, Oficina de Montevideo, en base a datos de ENEVISA 1999.

b. Dimensión social

La variable dimensión social del estilo de vida se construyó a partir de dos variables de primer nivel, la actividad laboral y la participación social, las cuales permitieron clasificar a la población encuestada en dos categorías: integrados o aislados. Estos últimos se desagregaron a su vez, en dinámicos o pasivos, en base a la variable de segundo nivel relacionada con la dinámica en el hogar. Si bien inicialmente se previó utilizar también junto a ésta la variable información, su baja capacidad discriminante motivó su no inclusión. Se generaron así tres categorías: integrado (trabaja y/o tiene una participación social alta o media), aislado dinámico (no trabaja y tiene una participación social baja, pero presenta alta o media dinámica en el hogar) y aislado pasivo (no trabaja y tiene una participación social baja, y presenta baja dinámica en el hogar).

A nivel global, el 57% de la población encuestada resulta incluida en la categoría de integrados, poco más del 32% en la de aislado dinámicos y casi el 11% en la de aislados pasivos. Si bien, en términos generales, el porcentaje de integrados resulta menor para las mujeres (52%) que para los hombres (63%), en la situación extrema más desfavorable -aislados pasivos- esta relación se invierte, comprendiendo al 16% de los hombres y tan sólo a algo menos del 7% de las mujeres.

A medida que avanza la edad, el aislamiento social surge como un problema creciente con rasgos diferentes y significativos según el sexo, que parecen guardar estrecha relación con las actitudes en relación a la participación social luego del retiro de

la actividad laboral o cuando los hijos dejan el hogar. La información del Cuadro 27 es elocuente al respecto.

Por una parte, los porcentajes de integrados entre los hombres y las mujeres, que muestran una importante brecha en las edades más jóvenes (84% y 63%, respectivamente), caen en forma persistente a partir de los 65 años de edad, alcanzando similares valores en ambos sexos para cada uno de los dos grupos de edades subsiguientes (49% y 36%, respectivamente). Por otra, y en forma consistente con lo anterior, aumentan para ambos sexos, los porcentajes correspondientes a las categorías de aislados dinámicos y aislados pasivos; mientras que para las mujeres el corte a los 65 años de edad implica para la gran mayoría el pasaje a la categoría de aislado dinámico, en el caso de los hombres se observa además un fuerte incremento de los aislados pasivos.

Cuadro 27
Dimensión social del estilo de vida de la población encuestada según sexo y grupos de edades (%)

Grupos de edades	Total	Dimensión social del estilo de vida		
		Integrados	Aislados dinámicos	Aislados pasivos
Total	**100.0**	**57.0**	**32.3**	**10.7**
55 a 64 años	100.0	73.0	21.7	5.3
65 a 79 años	100.0	49.3	39.0	11.8
80 años y más	100.0	36.2	40.2	23.6
Hombres	**100.0**	**63.4**	**20.2**	**16.3**
55 a 64 años	100.0	84.4	7.2	8.4
65 a 79 años	100.0	49.6	29.6	20.9
80 años y más	100.0	36.4	33.7	29.9
Mujeres	**100.0**	**52.4**	**40.9**	**6.7**
55 a 64 años	100.0	63.2	34.1	2.7
65 a 79 años	100.0	49.1	45.4	5.6
80 años y más	100.0	36.2	43.3	20.5

Fuente: CEPAL, Oficina de Montevideo, en base a datos de la ENEVISA 1999.

i. Participación social

La participación social de los encuestados se midió a través de las respuestas proporcionadas a diez actividades recreativas no físicas[15]. A partir de las mismas, se definieron tres categorías de participación, utilizando como principal elemento de referencia los valores promedio para cada grupo de edades de las sumas de las frecuencias correspondientes a las diez actividades, así como la realización o no de

[15] Ver K.2 del protocolo de investigación que se presenta en el Anexo.

determinadas actividades, según se indica a continuación: alta (la participación es superior o igual al promedio de su grupo de edades); media (la participación es inferior al promedio de su grupo de edades, pero realizan o reciben visitas o concurren a servicios religiosos); y, baja (la participación es inferior al promedio de su grupo de edades y no realizan o reciben visitas ni concurren a servicios religiosos).

Los resultados alcanzados permiten observar que el 42% de los encuestados tienen una participación social alta, el 48% una participación media y el restante casi 10% una participación baja. De acuerdo con las definiciones adoptadas, ello significa que para la mayoría de la población encuestada (58%), su participación social se ubica por debajo de la participación promedial del grupo de edades al que pertenece.

A medida que aumenta la edad, disminuyen los porcentajes de encuestados tanto con alta como con baja participación social, reforzándose consecuentemente la presencia de quienes tienen una participación media.

Las diferencias de género no son relevantes a nivel global pero presentan algunos rasgos destacables a nivel de grupos de edades. Mientras la proporción de hombres que tiene una participación social alta disminuye del 47% al 38% al pasar del grupo de edades más jóvenes al siguiente, para las mujeres en igual situación aumenta del 42% al 45%, lo que estaría indicando comportamientos dispares entre uno y otro sexo, tanto en los niveles de participación como en el sentido de los cambios que se generan al sobrepasar el umbral de los 65 años de edad. Un proceso similar pero de menor cuantía se observa también en relación a quienes tienen una participación social baja.

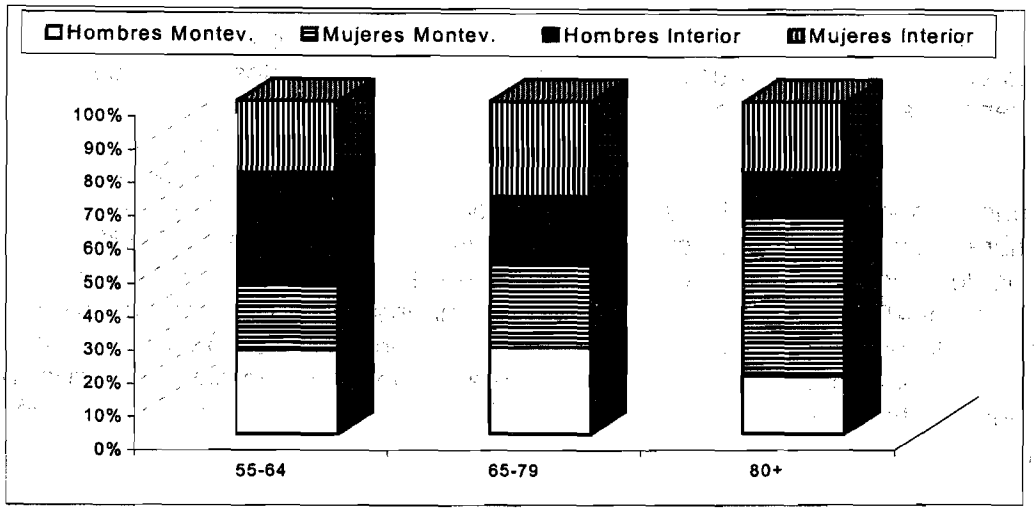
Cuadro 28
Nivel de participación social de la población encuestada
según sexo y grupos de edades

Sexo y grupos de edades	Total	Participación social		
		Alta	Media	Baja
Total	**100.0**	**42.2**	**48.3**	**9.5**
55 a 64 años	100.0	44.3	45.5	10.2
65 a 79 años	100.0	42.3	48.4	9.3
80 años y más	100.0	35.5	56.6	7.9
Hombres	**100.0**	**41.4**	**47.8**	**10.8**
55 a 64 años	100.0	46.8	40.5	12.7
65 a 79 años	100.0	37.9	52.2	9.9
80 años y más	100.0	34.8	58.9	6.3
Mujeres	**100.0**	**42.8**	**48.6**	**8.6**
55 a 64 años	100.0	42.3	49.6	8.1
65 a 79 años	100.0	45.3	45.8	8.9
80 años y más	100.0	35.8	55.5	8.7

Fuente: CEPAL, Oficina de Montevideo, en base a datos de ENEVISA 1999.

La distribución de la población con baja participación social según sexo y área geográfica de residencia dentro de cada grupo de edades, permite apreciar en forma detallada las situaciones más comprometidas, entre las que destaca particularmente la de las mujeres de 80 años y más de edad residentes en Montevideo (Gráfico 14).

Gráfico 14
Distribución de la población con baja participación social según sexo y área geográfica para cada grupo de edades



Fuente: CEPAL, Oficina de Montevideo, en base a datos de ENEVISA 1999.

Actividades de participación social

Las actividades realizadas en el domicilio constituyen uno de los aspectos en que se centra la vida de las personas encuestadas, ya que las que llevan a cabo en el exterior del hogar tienen una menor presencia entre ellos.

Esta preferencia no resulta un rasgo particular de la sociedad uruguaya, ya que en los últimos tiempos los países europeos parecen mostrar una intensificación de las prácticas de ocio desarrolladas dentro del hogar. Pese al aumento de la duración del tiempo libre, las personas mayores permanecen apartadas de las actividades de ocio que no se pueden realizar en el hogar, quedando cuestionado sin embargo, si este comportamiento debe atribuirse a la edad o es más bien un efecto asociado a la generación de pertenencia. Estudios realizados en Francia (Delbés y Gaymú, 1995), a partir de la comparación de datos de los años 1973 y 1988, muestran que la edad no provoca un desinterés por las prácticas de participación social, ni por los gustos y preferencias adquiridos a edades más tempranas. Por consiguiente, la menor participación de las personas mayores en ámbitos diversos se explica principalmente por el hecho de pertenecer a generaciones diferentes. Si la extrapolación de estas

tendencias hacia el futuro resultaran válidas, los adultos mayores estarían entonces limitando aún más su participación social, favoreciendo con ello las situaciones de aislamiento.

El país no cuenta con antecedentes que permitan conocer el grado de participación social que caracterizaron en décadas precedentes a las personas que conforman las actuales cohortes de adultos mayores, pero en el contexto de los análisis realizados en otros países, es dable esperar un comportamiento relativamente similar. Los resultados de la investigación realizada sólo aportan un marco de referencia inicial que puede resultar de utilidad para el diseño de políticas y acciones.

El análisis de las actividades de participación social (excluidas las físicas) muestra un amplio predominio de la recepción de visitas, práctica que mantiene más del 85% de la población, independientemente del sexo y de la edad considerada.

El resto de las actividades se desarrollan fuera del hogar. Entre ellas, el "hacer visitas" fue concretado durante el último mes casi en las mismas proporciones por hombres y mujeres de las edades más jóvenes (en torno al 69%); a las edades avanzadas esta práctica se reduce a un 50% en la población total y aún en mayor medida para las mujeres.

El interés por las restantes actividades es notoriamente menor y algunas de ellas muestran diferencias significativas respecto al sexo y a la edad. Así, por ejemplo, los servicios religiosos atraen al 10% de los varones y al 35% de las mujeres de entre 55 y 64 años; en el siguiente grupo de edad dichos porcentajes se elevan al 13% y el 40% para hombres y mujeres, respectivamente, y entre quienes alcanzan y sobrepasan los 80 años esta práctica sigue en aumento para los varones (19%), pero involucra solamente al 20% de las mujeres.

El cine, el teatro y los conciertos atraen en mayor medida a la población femenina, pero al alcanzar las edades avanzadas su participación se reduce drásticamente y queda a igual nivel que la masculina (de 11% entre los 64 y 79 años pasa a 4% en el grupo de 80 años y más). También las mujeres muestran mayor preferencia por aprender cosas nuevas entre los 55 y los 79 años de edad.

En las actividades de esparcimiento (ir a plazas y parques) participan casi por igual hombres y mujeres entre los 55 y 64 años (34%), pero en las edades avanzadas dicha participación se reduce, con mayor intensidad para las mujeres, alcanzando valores de 27% para los varones y de 19% entre las mujeres.

Información

La variable información fue construida a partir de las respuestas relacionadas con la frecuencia y realización de actividades tales como ver televisión, leer periódicos, libros o revistas científicas y escuchar música o radio. Se adoptaron cuatro niveles: alta, media, regular, y baja o nula. Tal como se mencionó anteriormente, si bien inicialmente se previó su inclusión entre las variables a utilizar en la determinación de las diferentes categorías de la variable dimensión social del estilo de vida, su baja

capacidad discriminante llevó a desistir del intento. No obstante ello, la información relevada sobre este tema mantiene todo su valor para el análisis del mismo.

Cuadro 29
Nivel de información de la población encuestada según sexo y grupos de edades (%).

Sexo y grupos de edades	Total	Información			
		Alta	Media	Regular	Baja o nula
Total	**100.0**	**24.6**	**27.1**	**39.9**	**8.4**
55 a 64 años	100.0	27.9	27.2	38.2	6.7
65 a 79 años	100.0	23.2	28.8	40.6	7.4
80 años y más	100.0	19.9	20.5	41.4	18.2
Hombres	**100.0**	**26.2**	**28.6**	**38.0**	**7.2**
55 a 64 años	100.0	29.8	29.3	35.8	5.1
65 a 79 años	100.0	24.1	29.0	39.2	7.6
80 años y más	100.0	20.2	23.6	41.8	14.4
Mujeres	**100.0**	**23.5**	**26.1**	**41.1**	**9.3**
55 a 64 años	100.0	26.3	25.3	40.4	8.0
65 a 79 años	100.0	22.6	28.6	41.6	7.2
80 años y más	100.0	19.8	19.0	41.1	20.1

Fuente: CEPAL, Oficina de Montevideo, en base a datos de ENEVISA 1999.

En términos generales, la población se reparte casi por mitades entre los que tienen información regular y baja y los que tienen información media y alta. Las cohortes más jóvenes presentan un mayor nivel de información, situación que se observa independientemente del sexo considerado, aunque en forma algo más acentuada para los hombres.

El comportamiento según las grandes áreas geográficas muestra mayores niveles de información para la población residente en Montevideo. El 58% de la misma se agrupa en los niveles de información media y alta, en tanto que la población del Interior urbano en dichos niveles alcanza únicamente al 45%.

Las mayores desigualdades se observan en relación con los niveles extremos: mientras en Montevideo sólo el 3% de la población encuestada presenta información baja o nula, sus pares del Interior sobrepasan en más de cuatro veces dicho porcentaje; en el otro extremo, mientras casi un 30% de la población de Montevideo muestra información alta, la población del Interior urbano en similar situación representa algo menos del 20%.

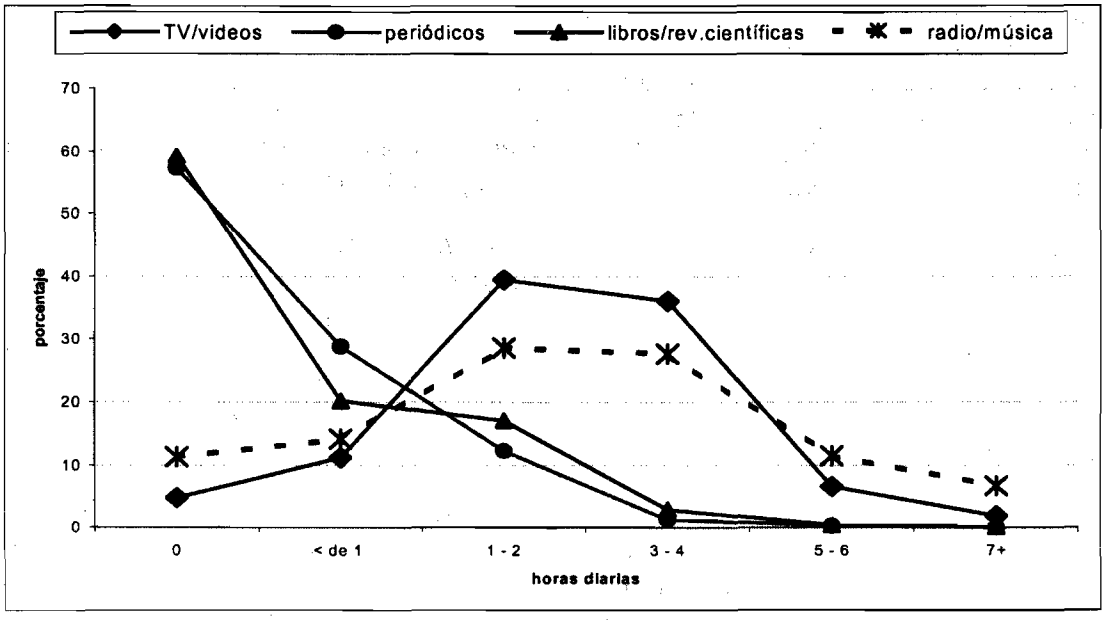
Cuadro 30
Nivel de información de la población encuestada según área geográfica y sexo (%).

Área geográfica y sexo	Total	Información			
		Alta	Media	Regular	Baja o nula
Montevideo	**100.0**	**29.5**	**28.2**	**39.3**	**3.0**
Hombres	100.0	33.2	30.1	34.0	2.7
Mujeres	100.0	26.8	26.9	43.1	3.2
Interior	**100.0**	**19.3**	**25.9**	**40.4**	**14.4**
Hombres	100.0	18.6	27.0	42.3	12.1
Mujeres	100.0	19.9	25.1	38.9	16.1

Fuente: CEPAL, Oficina de Montevideo, en base a datos de ENEVISA 1999.

Entre las actividades que conforman esta categoría, la televisión (incluida la visión de videos) es la que recoge la mayor frecuencia de audiencia y el mayor número de horas de dedicación diaria, como puede verse en el Gráfico 15. El 95% de la población encuestada mira televisión todos los días. El 40% lo hace entre 1 y 2 horas diarias y el 36% entre 3 a 4 horas. Las mujeres pasan mayor número de horas frente al televisor: el 48% de las mujeres mira 3 horas y más diarias, en tanto los varones con igual dedicación horaria llegan al 40%. Cabe señalar que estas frecuencias de actividades sedentarias guardan correspondencia con la menor actividad física de las mujeres y su menor capacidad funcional.

Gráfico 15
Horas diarias que dedica la población encuestada a actividades seleccionadas



Fuente: CEPAL, Oficina de Montevideo, en base a datos de ENEVISA 1999.

La edad presenta algunos comportamientos de interés respecto a la televisión. Entre los 55 y 64 años de edad, el 97% de esta población mira televisión diariamente; entre los 65 y 79 años lo hace el 96% y al llegar y sobrepasar los 80 años el porcentaje de televidentes diarios disminuye al 87%. Sin embargo, en las edades más avanzadas se duplica el porcentaje de los que miran más de 5 horas diarias, el que pasa de 6% entre las personas de 55 a 64 años a 11% para las de 80 años y más. Ello se debe exclusivamente al aporte de las mujeres, ya que solamente poco más del 2% de los varones de 80 años y más miran más de cinco horas diarias, mientras lo hacen el 15% de las mujeres.

La radio (incluido el escuchar música) constituye el otro medio de comunicación que utilizan diariamente el 89% de la población encuestada, con leves diferencias entre la población masculina y femenina (91% y 87%, respectivamente). Un 46% tanto de hombres como de mujeres dedican a este medio 3 y más horas horas diarias, porcentaje que resulta prácticamente similar para cada sexo y grupo de edades.

Respecto a la lectura de periódicos y de libros o revistas científicas, el patrón de comportamiento es también similar entre ambos sexos, representando quienes mantienen esta actividad el 42% de la población.

ii. Dinámica en el hogar

La encuesta indagó acerca del tipo y el tiempo que las personas dedican en su rutina diaria a determinadas actividades relacionadas con los quehaceres domésticos (cocinar, limpiar la casa, lavar la ropa), y de funcionamiento habitual (hacer las compras diarias, ir a buscar los nietos a la escuela), así como a las actividades de ocio que se desarrollan dentro del hogar (manualidades, entretenimientos, jardinería). A partir de la información relevada, se conformaron tres categorías de dinámica hogareña, en base al número de actividades realizadas en forma acorde con la edad: alta (realiza cuatro o más actividades), media (realiza dos o tres actividades), y baja o nula (realiza sólo una o ninguna actividad); cuando las personas de 80 años y más de edad realizan una actividad, se incorpora en la categoría de dinámica media.

A nivel global, la mayor parte de la población (61%) desarrolla una dinámica en el hogar media, algo más de la quinta parte (22%) una dinámica baja y sólo un 17% presenta una dinámica alta (ver Cuadro 31). Sin embargo, estos valores ocultan una muy fuerte diferenciación entre los sexos. Mientras casi el 24% de las mujeres muestra una dinámica alta, esta categoría comprende sólo al 8% de los hombres, en tanto que en la otra situación extrema (dinámica baja o nula) se ubican únicamente el 10% de las mujeres, y el 38% de los hombres.

La edad permite observar también algunas diferencias entre uno y otro sexo en el comportamiento respecto a la dinámica en el hogar. Mientras para los hombres se constata un importante cambio en el entorno de los 65 años, que se materializa en una disminución sustantiva del porcentaje que representan los de baja o nula dinámica en el hogar y un consecuente aumento en las categorías de dinámica media y, más

parcialmente, de dinámica alta, para las mujeres el cambio más significativo se observa al alcanzar y sobrepasar los 80 años y está dado por una abrupta disminución del porcentaje de quienes presentan una alta dinámica y el consecuente fuerte aumento de la participación de las con baja o nula dinámica y, en menor medida, de las con dinámica media.

Los factores que pueden incidir en estos comportamientos son diferentes en ambos casos. En el primero, aparentemente el cese de la actividad laboral de los hombres implica para una parte de ellos una mayor participación en las actividades del hogar, aspecto que no se presenta en el caso de las mujeres, dado el doble rol que éstas cumplen cuando trabajan. En el segundo caso la explicación parece estar vinculada con el estado de salud, ya que una de cada cuatro mujeres de 80 años y más de edad son dependientes desde el punto de vista de su capacidad funcional, característica que entre los varones alcanza a un porcentaje mucho menor.

Cuando se analiza la dinámica en el hogar según las áreas geográficas de residencia, se comprueba un similar patrón de comportamiento, con sólo algunas leves diferencias a destacar (ver Gráfico 16). Entre ellas, cabe señalar el mayor porcentaje que alcanzan las mujeres con dinámica alta residentes en el Interior urbano en comparación a las de Montevideo en igual situación, así como el menor porcentaje que representan los hombres con dinámica baja del Interior urbano en relación con los de Montevideo.

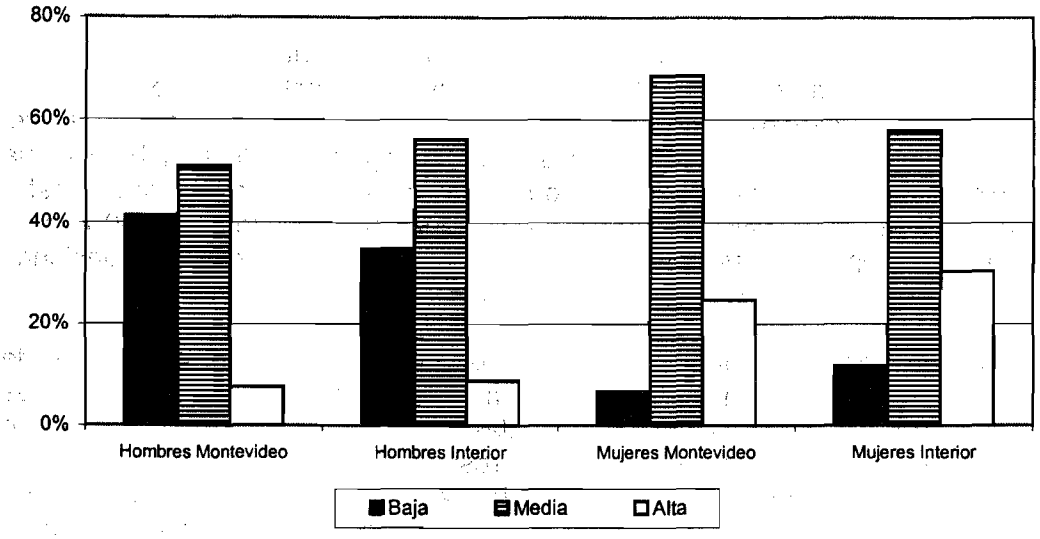
Cuadro 31

Dinámica en el hogar de la población encuestada según sexo y grupos de edades (%).

Sexo y grupos de edades	Total	Dinámica en el hogar		
		Alta	Media	Baja o nula
Total	**100.0**	**17.2**	**61.2**	**21.6**
55 a 64 años	100.0	17.3	58.5	24.2
65 a 79 años	100.0	19.3	62.3	18.4
80 años y más	100.0	8.1	66.0	25.9
Hombres	**100.0**	**8.2**	**53.5**	**38.3**
55 a 64 años	100.0	5.8	48.6	45.6
65 a 79 años	100.0	10.5	57.1	32.4
80 años y más	100.0	7.8	57.9	34.3
Mujeres	**100.0**	**23.6**	**66.6**	**9.8**
55 a 64 años	100.0	27.1	66.8	6.1
65 a 79 años	100.0	25.3	65.8	8.9
80 años y más	100.0	8.3	69.8	21.9

Fuente: CEPAL, Oficina de Montevideo, en base a datos de ENEVISA 1999.

Gráfico 16
Distribución de la población encuestada agrupada por sexo y área geográfica de residencia, según dinámica en el hogar (%)



Fuente: CEPAL, Oficina de Montevideo, en base a datos de ENEVISA 1999.

Al analizar las actividades que conforman la dinámica del hogar, la información que aporta la encuesta refleja un cambio en lo que podría suponerse ha sido un comportamiento habitual en las generaciones precedentes. En primer lugar se destaca, en relación a cada tarea, el alto porcentaje de personas que no las realiza, aspecto que no muestra variaciones significativas entre los distintos grupos de edades considerados, como surge de la comparación de los resultados que se presentan en los Gráficos 17 y 18, para la población entre 55 y 64 años y entre 65 y 79 años, respectivamente.

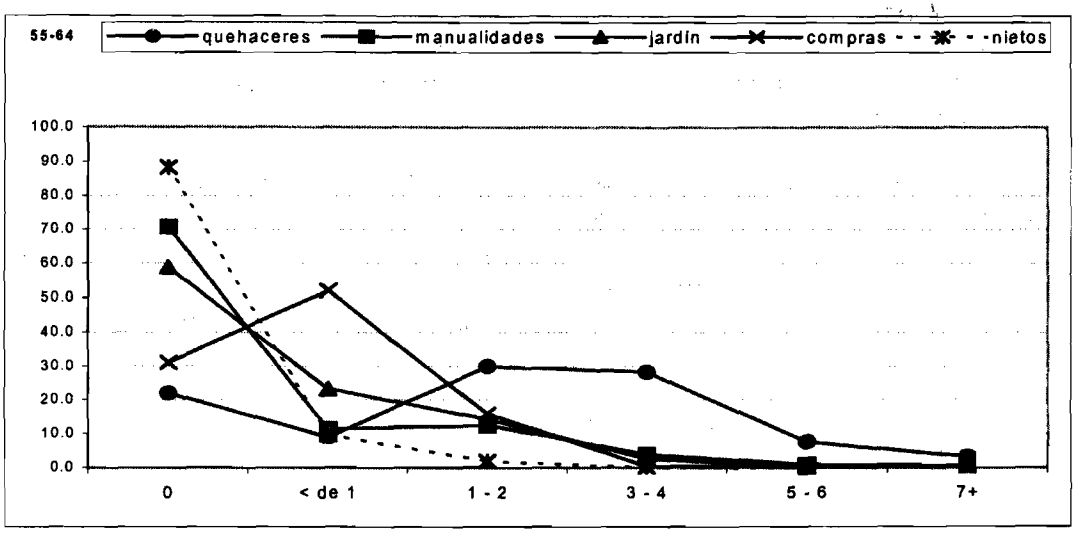
Sin datos empíricos que lo avalaran, se consideró tradicionalmente que los abuelos se ocupaban de llevar a sus nietos a la escuela. Excluyendo el grupo de abuelos de edades avanzadas, que por esta razón pueden no tener nietos en edad escolar, en el resto de la población encuestada los que realizan esta actividad no superan el 10%.

Una aproximación general permite asimismo observar el mantenimiento en el orden de preferencia para la realización de las tareas seleccionadas, entre los distintos grupos de edades. Los quehaceres domésticos y las compras diarias son las que concitan el mayor interés. El retiro de la actividad laboral libera tiempo, parte del cual se canaliza hacia estas actividades. Así, por ejemplo, entre los 65 y 79 años se incrementa en un 12% la población que aporta una hora a los quehaceres del hogar, pero decrece un 7% la que dedica un mayor número de horas. En relación a las compras, se observa un incremento tanto de la población que las hace como del tiempo dedicado a las mismas, el que se explica principalmente por un cambio de la

actitud de la población masculina, ya que el porcentaje de hombres que las realizan aumenta de 56% a 69% al pasar del primero al segundo grupo de edades, mientras el porcentaje de mujeres se mantiene estable. Estos comportamientos estarían indicando un esfuerzo por compartir las tareas de parte de los hombres, luego de cesar la actividad laboral.

Gráfico 17

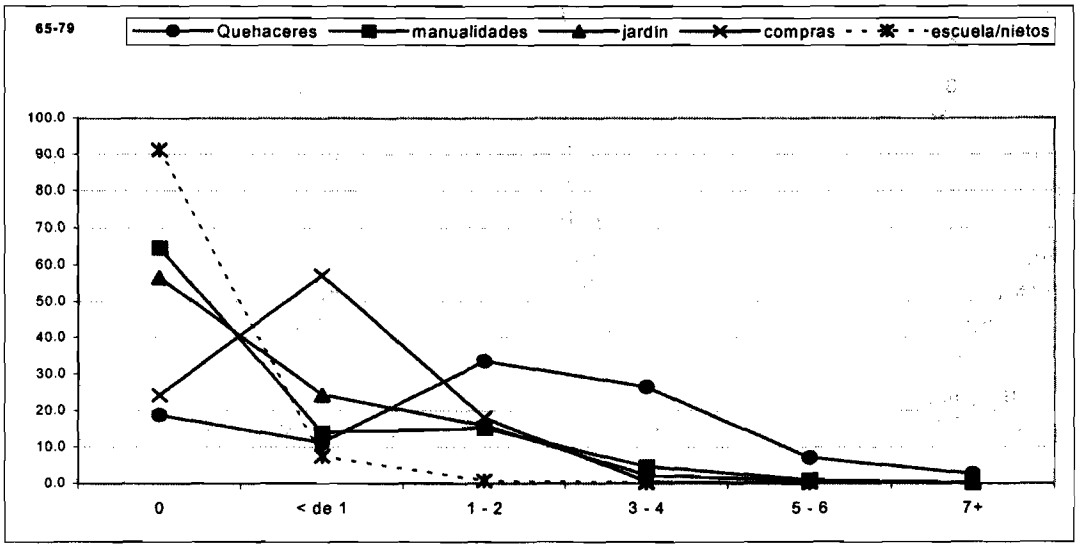
Horas que dedica la población de 55 a 64 años a la realización de tareas del hogar (%)



Fuente: CEPAL, Oficina de Montevideo, en base a datos de ENEVISA 1999.

Gráfico 18

Horas que dedica la población de 65 a 79 años a la realización de tareas del hogar (%)



Fuente: CEPAL, Oficina de Montevideo, en base a datos de ENEVISA 1999.

2. Sensación de bienestar

La sensación de bienestar es una de las tres variables intermedias, junto con el estilo de vida y la tensión, utilizadas en la investigación para definir y analizar la situación de la población encuestada en relación con los factores de riesgo para la salud. El sentirse bien es un aspecto muy importante en la vida de los seres humanos e influye en sus conductas y actitudes -favorables o desfavorables- hacia sí mismo, la familia y la sociedad. Constituye un ámbito no incorporado generalmente en los estudios relacionados con el tema del envejecimiento, por lo que resultan de especial interés los resultados de la encuesta al respecto.

La sensación de bienestar se conceptualizó a partir de cómo el individuo se siente en relación a sí mismo y en relación al entorno que lo rodea, considerando en este último caso a la familia, la vivienda y el barrio. Esta variable fue dicotomizada en alta o baja, categorías que combinan las correspondientes a las variables de segundo nivel, esto es, la autoestima, el bienestar familiar, la satisfacción con la vivienda, y el gusto por el barrio.

Algo más de la mitad de la población encuestada posee una sensación de bienestar alta, rasgo que resulta algo más acentuado entre la población masculina.

Cuadro 32
Sensación de bienestar entre la población encuestada según sexo y grupos de edades
(%)

Sexo y grupos de edades	Total	Sensación de bienestar	
		Alta	Baja
Total	**100.0**	**55.1**	**44.9**
55 a 64 años	100.0	55.2	44.8
65 a 79 años	100.0	56.7	43.3
80 años y más	100.0	48.6	51.4
Hombres	**100.0**	**57.9**	**42.1**
55 a 64 años	100.0	56.9	43.1
65 a 79 años	100.0	60.3	39.7
80 años y más	100.0	50.7	49.3
Mujeres	**100.0**	**53.1**	**46.9**
55 a 64 años	100.0	53.7	46.3
65 a 79 años	100.0	54.3	45.7
80 años y más	100.0	47.5	52.5

Fuente: CEPAL, Oficina de Montevideo, en base a datos de ENEVISA 1999.

En este comportamiento de la población masculina, la variable de más peso es la autoestima, dado que en las restantes variables el sexo discrimina poco. Según algunas investigaciones empíricas, "la baja autoestima de las mujeres es el resultado

de una larga opresión de la cultura de dominación del hombre en la sociedad y el detonador de muchos de los problemas sicológicos que plagan a la mujer de hoy" (Tshirhart y Donovan, 1991).

Dado que en las edades más avanzadas la autoestima alta disminuye notoriamente, la sensación de bienestar alta también desciende, a pesar de que el nivel de satisfacción con la vivienda y el barrio aumenten y el bienestar familiar se reduzca moderadamente.

El área geográfica de residencia no parece tener incidencia en esta variable por cuanto la población de Montevideo y la del Interior urbano siguen el mismo patrón de comportamiento general, con una sensación de bienestar levemente superior para esta última (56%, contra 54%).

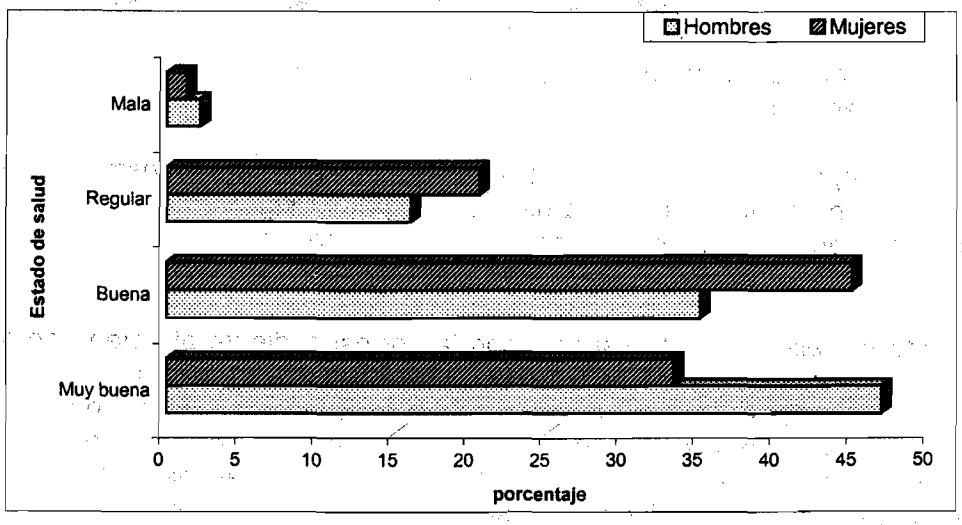
Cuando se relaciona esta variable con la correspondiente al estado de salud, los resultados, en términos agregados, evidencian una relación directa entre ambas variables (Cuadro 33). Así, de la población que al margen de que perciba o no una enfermedad crónica, tiene una alta capacidad funcional y una valoración positiva de su estado físico (estado de salud muy bueno y bueno), la gran mayoría (64%) tiene una alta sensación de bienestar. En forma inversa, el 80% de los que tienen una sensación de bienestar alta presentan un estado de salud de nivel bueno y muy bueno, relación que se mantiene independientemente del sexo considerado (Gráfico 19).

Cuadro 33
Sensación de bienestar de la población encuestada según estado de salud y sexo (%)

Sensación De bienestar	Total	Estado de salud			
		Muy bueno	Bueno	Regular	Malo
Total	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**
Alta	56.4	63.8	63.6	42.8	19.9
Baja	43.6	36.2	36.4	57.2	80.1
Hombres	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**
Alta	59.5	62.5	63.7	57.3	21.6
Baja	40.5	37.5	36.3	42.7	78.4
Mujeres	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**
Alta	54.1	65.2	63.5	36.9	18.0
Baja	45.9	34.8	36.5	63.1	82.0

Fuente: CEPAL, Oficina de Montevideo, en base a datos de ENEVISA 1999.

Gráfico 19
Distribución de la población encuestada con sensación de bienestar alta para cada sexo, según estado de salud (%).



Fuente: CEPAL, Oficina de Montevideo, en base a datos de ENEVISA 1999.

a. Autoestima

Coopersmith (1976) considera que la autoestima no es más que la actitud favorable o desfavorable que el individuo tiene hacia sí mismo, es decir, un conjunto de cogniciones y sentimientos. Afirma además, que los individuos con elevada autoestima se acercan a personas y tareas con considerables expectativas de éxito y manifiestan confianza en sus relaciones, lo que los conduce a comportamientos más asertivos. Por el contrario, las personas con baja autoestima están más propensas a expresar sentimientos de infelicidad, tristeza y desaliento, lo que repercute muy fuertemente en su salud mental.

En las edades bajo estudio, la valoración emocional que el individuo tiene de sí mismo es la base fundamental para que desarrolle al máximo sus capacidades y pueda vivir o viva ya, una vejez sana y activa.

En relación con esta variable, se construyeron tres categorías -alta, regular y baja-, en función de las respuestas de los encuestados a las preguntas planteadas acerca del nivel de satisfacción con su vida, el sentirse inútil y la capacidad para resolver los problemas cotidianos (ver Anexo B, Metodología de construcción de las variables). Los resultados se presentan en el Cuadro 34.

Cuadro 34
Nivel de autoestima de la población encuestada según sexo y grupos de edades (%).

Sexo y grupos de edades	Total	Autoestima		
		Alta	Regular	Baja
Total	**100.0**	**72.1**	**20.5**	**7.4**
55 a 64 años	100.0	76.2	16.8	7.0
65 a 79 años	100.0	72.1	19.7	8.2
80 años y más	100.0	58.3	36.5	5.2
Hombres	**100.0**	**76.8**	**17.3**	**5.9**
55 a 64 años	100.0	78.7	16.5	4.8
65 a 79 años	100.0	78.1	13.7	8.2
80 años y más	100.0	61.0	39.0	0.0
Mujeres	**100.0**	**68.8**	**22.8**	**8.4**
55 a 64 años	100.0	74.1	17.0	8.9
65 a 79 años	100.0	68.0	23.8	8.2
80 años y más	100.0	56.9	35.2	7.9

Fuente: CEPAL, Oficina de Montevideo, en base a datos de ENEVISA 1999.

Un aspecto a destacar de la información presentada es, como se comentara anteriormente, la menor autoestima femenina, en particular en el grupo de edades más avanzadas, sin perjuicio de señalar que el porcentaje de mujeres más jóvenes con baja autoestima casi duplica al correspondiente a los varones en la misma situación.

A nivel de áreas geográficas de residencia, los resultados se ajustan a la pauta general, aunque observando diferencias más significativas entre los sexos para la población de mayor edad residente en Montevideo, en la situación de baja autoestima.

b. Bienestar familiar

El bienestar familiar se midió considerando las respuestas a dos situaciones: las referidas al grado de comodidad que el individuo siente en su relación con los restantes integrantes del hogar, punto que es objeto de tratamiento detallado en la Parte III de este estudio, y la frecuencia con que "se siente querido por su familia y amistades". Se estructuraron tres categorías -bueno, regular y malo- que combinan las establecidas para cada una de las dos preguntas.

Cuadro 35
Grado de bienestar familiar de la población encuestada según grupos de edades (%).

Grupos de edades	Total	Bienestar familiar		
		Bueno	Regular	Malo
Total	**100.0**	**87.3**	**7.6**	**5.1**
55 a 64 años	100.0	86.3	8.6	5.1
65 a 79 años	100.0	88.1	6.6	5.3
80 años y más	100.0	87.2	8.2	4.6

Fuente: CEPAL, Oficina de Montevideo, en base a datos de ENEVISA 1999.

Los resultados se ajustan a la pauta esperable, siendo ampliamente mayoritaria la población que siente un alto grado de comodidad en el hogar en su relación con los restantes integrantes y, a la vez, el afecto de familiares y amigos, situación que se mantiene en todas las edades consideradas. Los valores según las áreas geográficas de residencia y el sexo, tampoco presentan diferencias significativas, siendo en Montevideo algo mayor para los varones (91%, contra 86% de las mujeres) e iguales para cada sexo en el Interior urbano (87%).

c. Satisfacción con la vivienda

La mayoría de la población encuestada manifiesta estar satisfecha con la vivienda que habita. Esto parece justificable teniendo en cuenta que cerca del 88% de las viviendas se encuentran en buen estado de conservación, es decir, no necesitan reparaciones importantes[16].

El grado de satisfacción aumenta con la edad, independientemente del sexo. Así, para las personas de 80 años y más de edad, el porcentaje de población que se declara satisfecha y muy satisfecha con la vivienda se eleva al 93%. Es probable que a estas edades la satisfacción expresada responda más a una valoración afectiva que a una evaluación real de las condiciones de la vivienda, dado que la mayoría son propietarios.

En el Interior urbano del país, las personas de edades avanzadas manifiestan en mayor medida que sus pares de Montevideo, un grado de satisfacción positivo (95% y 91%, respectivamente).

[16] Debe tenerse presente que la apreciación es subjetiva y surge del formulario de la Encuesta Continua de Hogares.

Cuadro 36
Grado de satisfacción con la vivienda de la población encuestada según sexo y grupos de edades (%).

Sexo y grupos de edades	Total	Satisfacción con la vivienda (*)		
		Positiva	Regular	Negativa
Total	**100.0**	**88.6**	**8.9**	**2.5**
55 a 64 años	100.0	87.1	10.5	2.4
65 a 79 años	100.0	88.7	8.5	2.8
80 años y más	100.0	92.9	5.3	1.8
Hombres	**100.0**	**87.2**	**9.7**	**3.1**
55 a 64 años	100.0	85.9	11.0	3.1
65 a 79 años	100.0	87.4	9.2	3.4
80 años y más	100.0	92.5	5.9	1.6
Mujeres	**100.0**	**89.5**	**8.4**	**2.1**
55 a 64 años	100.0	88.2	10.0	1.8
65 a 79 años	100.0	89.6	8.1	2.3
80 años y más	100.0	93.1	5.0	1.9

Fuente: CEPAL, Oficina de Montevideo, en base a datos de ENEVISA 1999.
(*) Positiva corresponde a muy satisfecho y satisfecho, Regular a poco satisfecho y Negativa a nada satisfecho.

d. Satisfacción con el barrio

Aunque en porcentajes más reducidos, las variaciones con respecto a esta variable se ajustan a las observadas en el caso de la vivienda. Un 84% de los encuestados tiene una sensación positiva respecto al barrio en que vive, la que se incrementa con el avance de la edad.

En relación al sexo no se verifican diferencias significativas, en tanto que en relación al área geográfica de residencia, la población del Interior urbano muestra mayor satisfacción con el barrio en que vive, que la de Montevideo.

Cuadro 37
Grado de satisfacción con el barrio de la población encuestada según sexo y grupos de edades (%).

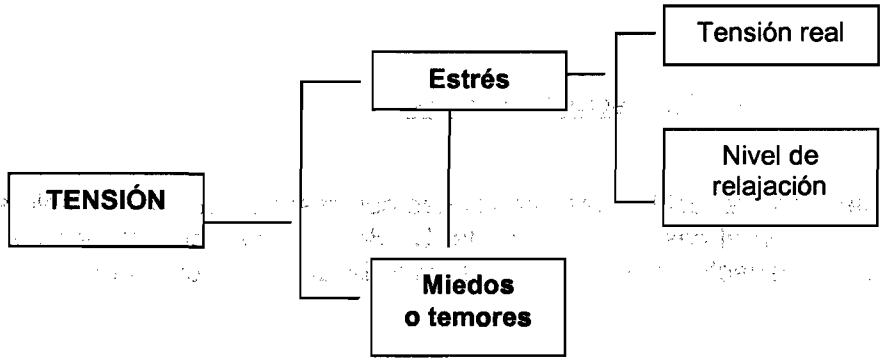
Grupos de edades	Total	Satisfacción con el barrio (*)		
		Positiva	Regular	Negativa
Total	**100.0**	**83.5**	**13.4**	**3.1**
55 a 64 años	100.0	80.7	16.0	3.3
65 a 79 años	100.0	85.1	11.9	3.0
80 años y más	100.0	85.8	11.2	3.0

Fuente: CEPAL, Oficina de Montevideo, en base a datos de ENEVISA 1999.
(*) Postivia corresponde a le gusta mucho, Regular a le gusta poco y Negativa a le gusta nada.

3. Tensión

Las personas que en su vida cotidiana se sienten tensas o con temores pueden estar ya siendo afectadas en su salud por las repercusiones de ello, o constituir población de alto riesgo para algunas enfermedades cardíacas.

La variable tensión posee dos dimensiones: una objetiva, el estrés, que en el estudio se considera a partir del nivel de tensión real y de relajación declarado por los encuestados, y otra subjetiva, relacionada con los miedos o temores sobre situaciones hipotéticas que pudieran presentárseles. El siguiente esquema resume la construcción de esta variable.



A partir de la combinación de las diferentes categorías de las variables involucradas, que se irán desagregando en el análisis, se clasificó a la población investigada según cuatro niveles de tensión: nula, baja, moderada e intensa.

Para algo más de la mitad de la población encuestada (57%), la tensión es baja o nula. Un 18% de los encuestados están sometidos a una tensión intensa por tener un nivel de estrés alto y miedos o temores permanentes. El estrés alto combina una tensión real permanente con un nivel de relajación bajo, ya que nunca o casi nunca duermen bien y se levantan descansados, al margen que tomen o no medicación para dormir. Por último, para el 25% restante resulta un grado de tensión moderada.

Cuadro 38
Grado de tensión de la población encuestada según grupos de edades (%).

Grupos de edades	Total	Tensión			
		Nula	Baja	Moderada	Intensa
Total	**100.0**	**6.5**	**50.8**	**25.0**	**17.7**
55 a 64 años	100.0	3.2	52.4	25.9	18.5
65 a 79 años	100.0	8.6	49.0	25.4	17.0
80 años y más	100.0	9.2	52.6	20.6	17.6

Fuente: CEPAL, Oficina de Montevideo, en base a datos de ENEVISA 1999.

Las mujeres evidencian un mayor nivel de tensión que los varones, que en la situación más comprometida para la salud (tensión intensa), representa el 20% del total de mujeres bajo estudio, en tanto que alcanza al 15% de los varones. Esta situación es aún más severa si se considera que el 12% de las mujeres constantemente se sienten tensas y no duermen bien. En los varones dicho porcentaje se reduce al 7%.

La tensión disminuye con la edad, a excepción de los varones incluidos en la categoría intensa. Así, por ejemplo, entre los 55 y 64 años, edad en que todavía el 71% de los varones y el 33% de las mujeres trabajan, la tensión intensa alcanza al 22% de las mujeres y al 15% de los varones; en las edades más avanzadas dichos porcentajes son del 18% y el 17%, respectivamente.

Relacionando la tensión, como factor de riesgo, con la variable dependiente principal estado de salud, se observa una relación directa entre situaciones favorables y desfavorables. El 84% de las personas con baja o nula tensión gozan de un estado de salud bueno o muy bueno, a la vez que el 51% de los sometidos a tensión intensa presentan un estado de salud regular o malo.

Cuadro 39
Estado de salud de la población encuestada según grado de tensión (%).

Tensión	Total	Estado de salud			
		Muy bueno	Bueno	Regular	Malo
Total	**100.0**	**31.2**	**42.4**	**22.0**	**4.4**
Nula	100.0	48.7	37.8	10.1	3.4
Baja	100.0	38.7	44.8	14.4	2.1
Moderada	100.0	20.4	47.5	25.6	6.5
Intensa	100.0	18.5	30.6	42.8	8.1

Fuente: CEPAL, Oficina de Montevideo, en base a datos de ENEVISA 1999.

Cabe señalar que la edad y el sexo no introducen modificaciones significativas a este comportamiento general, al que también se ajusta la población de Montevideo y del Interior urbano.

El único aspecto a resaltar en relación a las áreas geográficas de residencia consiste en los porcentajes más elevados que se constatan en el Interior urbano para las situaciones extremas positivas y negativas. Así, la población del Interior Urbano con tensión nula y estado de salud muy bueno alcanza al 51%, en tanto para Montevideo es algo menor (46%); con tensión intensa y estado de salud malo se encuadra el 10% de la población del Interior y el 7% de la correspondiente a Montevideo.

a. Estrés

En el marco del esquema antes presentado, la construcción de la variable estrés incluye en sus categorías las diferentes alternativas de respuesta a dos tipos de preguntas. Una, relacionada con la tensión real percibida por el encuestado, medida por la frecuencia con que se siente tenso y, otra, referida al nivel de relajación medido en función de la frecuencia con que duerme bien y se levanta descansado, y a la frecuencia con que toma medicación para dormir. Los resultados obtenidos se presentan en el Cuadro 40.

Según se observa, la mayoría de la población (60%) presenta un nivel de estrés bajo o nulo, lo cual significa que frecuentemente duermen bien y se levantan descansados y es poco frecuente que se sientan tensos. El 29% muestra un nivel de estrés moderado, dado que compensa la alta o baja tensión real con la alta o baja relajación. Por último, un 11% de la población mantiene un nivel de estrés intenso.

Cuadro 40
Nivel de estrés de la población encuestada según sexo y grupos de edades (%)

Sexo y grupos de edades	Total	Estrés			
		Nulo	Bajo	Moderado	Intenso
Total	**100.0**	**22.1**	**38.1**	**28.6**	**11.2**
55 a 64 años	100.0	20.8	38.3	31.5	9.4
65 a 79 años	100.0	21.7	38.6	27.4	12.3
80 años y más	100.0	28.2	35.3	23.5	13.0
Hombres	**100.0**	**24.7**	**44.0**	**23.3**	**8.0**
55 a 64 años	100.0	21.8	45.9	26.9	5.4
65 a 79 años	100.0	26.0	43.5	21.4	9.1
80 años y más	100.0	32.2	37.3	16.3	14.2
Mujeres	**100.0**	**20.2**	**33.9**	**32.3**	**13.6**
55 a 64 años	100.0	20.0	31.8	35.4	12.8
65 a 79 años	100.0	18.8	35.3	31.4	14.5
80 años y más	100.0	26.2	34.3	27.1	12.4

Fuente: CEPAL, Oficina de Montevideo, en base a datos de ENEVISA 1999.

b. Miedos o temores

Esta variable se construyó a partir de la frecuencia con que los encuestados experimentan miedos o temores en relación a dos o más situaciones vitales personales que puedan padecer. Las categorías resultantes combinan las opciones alternativas de respuesta a cuatro preguntas referidas respectivamente, al temor a padecer alguna incapacidad física o mental, a que algún allegado tenga un problema de salud, a quedarse solo o a que se le presenten problemas económicos que no pueda enfrentar.

Cuadro 41
Miedos y temores en la población encuestada según grupos de edades (%).

Grupos de edades	Total	Miedos o temores		
		Nulos	Relativos	Permanentes
Total	**100.0**	**24.4**	**66.8**	**8.8**
55 a 64 años	100.0	17.6	71.3	11.1
65 a 79 años	100.0	29.1	63.6	7.3
80 años y más	100.0	27.5	64.9	7.6

Fuente: CEPAL, Oficina de Montevideo, en base a datos de ENEVISA 1999.

Los resultados se ajustan a una pauta esperable: la población más joven experimenta en mayor medida estos temores, que son más propios de las edades de transición hacia la vejez.

La situación que genera mayor miedo o temor es la de quedar incapacitado física o mentalmente, la que al igual que la referida a que un familiar experimente un problema grave de salud, es contestada afirmativamente por la cuarta parte de los encuestados.

D. PERFILES DE MORBILIDAD PERCIBIDA

1. Prevalencia de enfermedades crónicas

El estudio de la morbilidad percibida constituye un método alternativo de aproximación al panorama epidemiológico de la población adulta, que ha mostrado ser útil a través de los años. Como se sabe, las enfermedades crónicas adquieren una connotación diferente en los adultos mayores debido a su latencia prolongada y a los daños irreversibles que muchas de ellas provocan, por lo que requieren habitualmente una atención constante y especializada de los servicios de salud de segundo y tercer nivel.

Los resultados alcanzados a través de la encuesta sobre la percepción y la prevalencia de enfermedades crónicas están implícitamente condicionados por las situaciones imperantes durante un extenso período previo a la instancia del relevamiento, en relación a los estilos de vida y conocimientos de los encuestados y la intensidad y alcance de las políticas y acciones en materia de atención de la salud. Por ello, no resulta fácilmente comparable la información que se presenta con otros antecedentes existentes en el país al respecto, como es el caso de la Encuesta Familiar de Salud, realizada por el Ministerio de Salud Pública, a nivel nacional en el año 1982.

La tasa de percepción de enfermedades crónicas para la población encuestada en su conjunto alcanza a 673 casos por cada mil encuestados. Dicha tasa es significativamente inferior para la población masculina, 611 casos por cada mil varones, en tanto la correspondiente a la población femenina es de 717 casos por cada mil mujeres.

Como era de esperar, la tasa de percepción aumenta con la edad: en la adultez de cada mil personas algo más de la mitad (561 casos) perciben alguna enfermedad crónica; entre los adultos mayores la tasa de percepción es de 730 casos por mil y en las personas de 80 años y más de edad aumenta a 802.

Cuadro 42
Percepción de enfermedades crónicas en la población encuestada según sexo y grupos de edades (%)

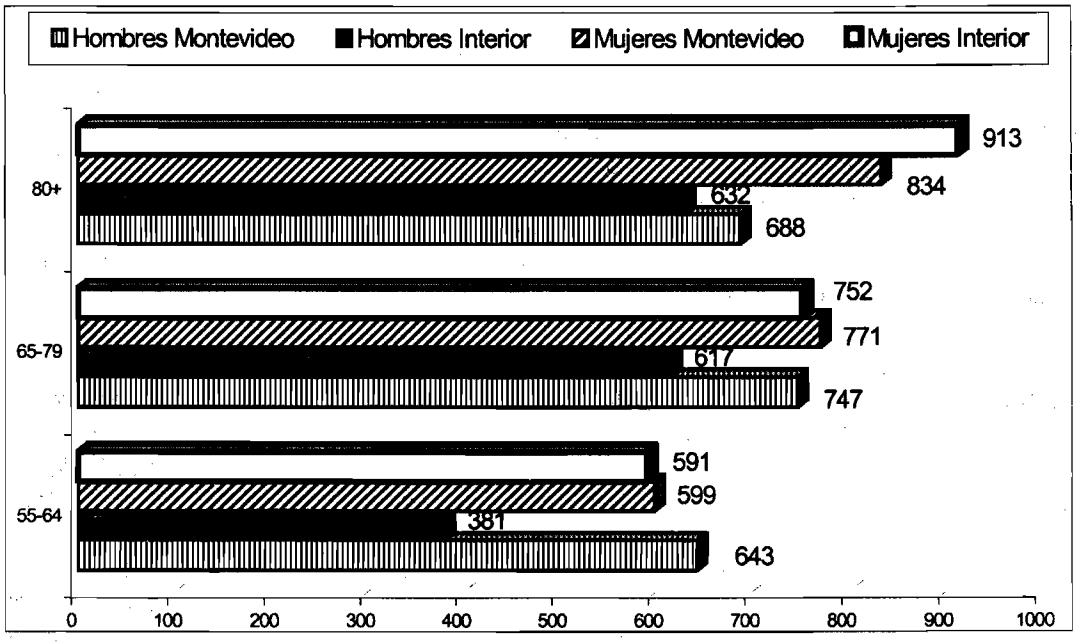
Sexo y grupos de edades	Total	Percepción de enfermedad crónica			Tasa de percepción (por mil)
		No percibe	Percibe una	Percibe más de una	
Total	**100.0**	**32.7**	**37.7**	**29.6**	**673**
55 a 64 años	100.0	43.9	32.0	24.1	561
65 a 79 años	100.0	27.0	40.7	32.3	730
80 años y más	100.0	19.8	43.9	36.3	802
Hombres	**100.0**	**38.9**	**37.4**	**23.7**	**611**
55 a 64 años	100.0	47.9	32.0	20.1	521
65 a 79 años	100.0	31.7	43.2	25.1	683
80 años y más	100.0	34.0	33.4	32.5	660
Mujeres	**100.0**	**28.3**	**37.9**	**33.8**	**717**
55 a 64 años	100.0	40.5	32.0	27.5	595
65 a 79 años	100.0	23.8	39.1	37.1	762
80 años y más	100.0	12.9	48.9	38.2	871

Fuente: CEPAL, Oficina de Montevideo, en base a datos de ENEVISA 1999.

Una mayor tasa de percepción de enfermedades crónicas a edades más tempranas entre la población femenina, corrobora lo señalado anteriormente en cuanto a las condiciones menos favorables de salud de las mujeres en relación a los varones. Así, mientras en la población encuestada masculina de 55 a 64 años el 52% percibe al menos una enfermedad crónica, en la población femenina de esas edades dicho porcentaje supera el 59%.

Las áreas geográficas de residencia muestran algunas diferencias de interés en relación a esta variable. Entre ellas, destaca una más alta percepción para Montevideo donde el valor de la tasa global excede la media nacional, a excepción del grupo de edades más avanzadas para el cual es ligeramente inferior al promedio nacional correspondiente al grupo etario. Con relación al sexo, las mayores desigualdades se presentan entre la población masculina de Montevideo e Interior urbano, especialmente en el grupo de 55 a 64 años, donde las tasas de percepción son respectivamente, del 644 por mil y el 381 por mil.

Gráfico 20
Tasas de percepción de enfermedades crónicas según sexo, área geográfica de residencia y grupos de edades (por mil)



Fuente: CEPAL, Oficina de Montevideo, en base a datos de ENEVISA 1999.

2. Principales afecciones crónicas percibidas

Las enfermedades crónicas de mayor prevalencia en el conjunto de la población encuestada son, por amplio margen, las enfermedades del sistema circulatorio, cuya

tasa de percepción alcanza al 382 por mil. Las enfermedades reumáticas ocupan el segundo lugar con una incidencia de 268 por mil, en tanto el tercer orden de prevalencia (126 por mil), lo ocupa el rubro "otras", el cual incluye algunas enfermedades específicas, tales como cataratas, glaucoma, bocio, alergias y osteoporosis. Con una tasa de percepción de cierta magnitud (103 por mil), el cuarto lugar lo ocupan las enfermedades del aparato digestivo, que al igual que las enfermedades antes señaladas, tienen una incidencia más alta en la población femenina. Como patología crónica, la diabetes alcanza también valores de percepción importantes (76 de cada mil personas encuestadas), prácticamente similares en ambos sexos.

Siendo el cáncer la segunda causa de muerte en la población, su baja percepción podría atribuirse a la falta de detección precoz o al desconocimiento de su diagnóstico por parte del encuestado.

Al incorporar la edad al análisis de la morbilidad percibida, se mantiene en términos generales el ordenamiento de las principales enfermedades antes indicado, aunque aumenta la incidencia principalmente de las del aparato circulatorio, cuya tasa de percepción en la población de 80 años y más de edad llega a 445 por cada mil personas de este grupo etario.

Las enfermedades mentales muestran asimismo una prevalencia creciente con la edad, la que en las edades más avanzadas alcanza el mismo orden que la diabetes. Cabe destacar que la mortalidad por esta causa es la que ha contribuido en mayor medida al crecimiento porcentual de las defunciones en los últimos años: de 209 muertes anuales promedio en 1980-83, pasa a 789 en 1996, representando el 2.7% del total de las muertes por causas definidas. La importancia de los problemas de salud mental es aún más significativa, cuando se considera que las enfermedades neuropsiquiátricas constituían en 1991, el 8% del total de los años de vida saludable perdidos por mortalidad y discapacidad[17].

La incidencia de las dos principales causas de morbilidad percibida presenta algunas diferencias entre la población encuestada de cada sexo residente en Montevideo y en el Interior urbano, que merecen ser destacadas. Las enfermedades del aparato circulatorio tienen una tasa de percepción menor en la población tanto masculina como femenina del Interior, y la misma se eleva con la edad. En Montevideo, el comportamiento de la tasa, tanto para hombres como para mujeres, disminuye a partir de los 80 años, a pesar de ser en estas edades donde se percibe mayor número de patologías crónicas (36% de la población de 80 años y más percibe más de una). Este hecho, que a priori podría ser adjudicado a problemas en el relevamiento, tiene sin embargo antecedentes en los estudios sobre enfermedades crónicas y ancianos basados en la Encuesta Familiar de Salud, por lo que sería necesario reflexionar acerca de algunos factores psicológicos propios de las edades avanzadas.

---

[17] Tomado de: Américo Migliónico, "Análisis y tendencias de la salud en Uruguay 1998", MSP/BIRF/FISS, Montevideo, 1999.

Cuadro 43
Tasas de percepción de enfermedades crónicas específicas en la población encuestada según sexo (por mil)

Enfermedades crónicas percibidas	Tasa de percepción (por mil)		
	Total	Hombres	Mujeres
Enfermedades del sistema circulatorio	381.8	342.3	410.0
Enfermedades reumáticas	268.0	214.2	306.3
Enfermedades del aparato digestivo	102.8	91.7	110.7
Diabetes	75.5	75.4	75.5
Enfermedades respiratorias	51.5	49.5	52.9
Enfermedades nerviosas	35.9	33.2	37.8
Enfermedades mentales	35.7	22.1	45.4
Enfermedades genitourinarias	33.9	43.8	26.8
Cáncer	11.1	4.8	15.5
Otras	126.3	92.4	150.5

Fuente: CEPAL, Oficina de Montevideo, en base a datos de ENEVISA 1999.

Gráfico 21
Tasas de percepción de enfermedades cardiovasculares. Población agrupada por sexo y área geográfica de residencia, según grupos de edades (por mil)

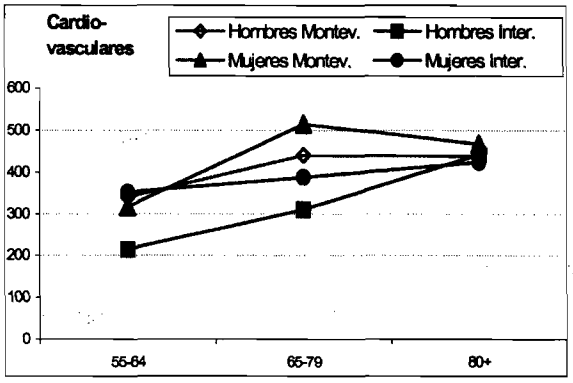
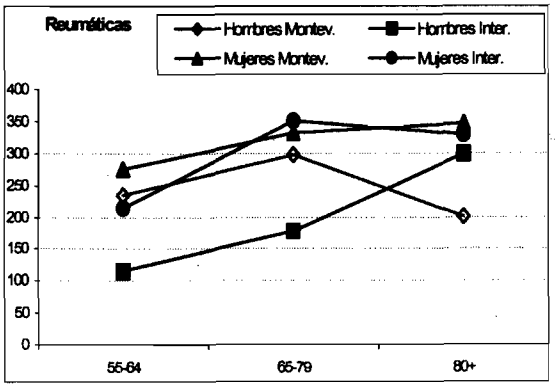


Gráfico 22
Tasa de percepción de enfermedades reumáticas. Población agrupada por sexo y área geográfica de residencia, según grupos de edades (por mil)



Fuente: CEPAL, Oficina de Montevideo, en base a datos de ENEVISA 1999.

La tasa de percepción de enfermedades reumáticas resulta sistemáticamente más alta para las mujeres que para los hombres y para los residentes en Montevideo frente a los residentes en el Interior urbano. Las diferencias entre hombres y mujeres resultan muy significativas en el Interior urbano, en particular para el grupo de 65 a 79 años en el que la tasa femenina duplica a la masculina.

La diabetes presenta también una tasa de percepción global más alta en Montevideo que en el Interior urbano, relación que resulta más intensa aún para los hombres cuya tasa en Montevideo más que duplica la correspondiente al Interior urbano. Para las mujeres, la tasa de percepción es significativamente mayor en el Interior urbano.

Siendo las enfermedades del aparato circulatorio y las reumáticas las de mayor prevalencia en la población estudiada, se analizaron las estructuras desagregadas por enfermedad para estas dos causas, comprobándose que la hipertensión arterial y la artritis comprenden la mayor parte de la morbilidad percibida.

La hipertensión arterial representa el 63 % de las enfermedades del aparato circulatorio y su percepción alcanza casi a la cuarta parte de los encuestados, siendo los que la padecen en su mayoría mujeres (64%). La población residente en Montevideo percibe en mayor medida que sus pares del Interior urbano esta enfermedad, siendo aún mayores estas diferencias entre la población femenina: 30% de las mujeres de Montevideo padecen hipertensión y la misma sólo alcanza al 14% de las del Interior urbano; para los varones dichos porcentajes son 23% y 10%, respectivamente.

La artritis tiene una prevalencia que alcanza a 141 de cada mil personas encuestadas. Al igual que la hipertensión afecta en mayor medida a la población femenina (160 de cada mil mujeres, contra 114 de cada mil varones). También en este caso las diferencias entre la población de Montevideo y del Interior urbano son algo significativas y más acentuadas para las mujeres; 19% de las mujeres encuestadas en Montevideo perciben artritis, mientras que entre las encuestadas en el Interior urbano el porcentaje es del 13%.

Cuadro 44
Tasas de percepción de hipertensión arterial y de artritis en la población encuestada según área geográfica de residencia y sexo (por mil).

Enfermedad percibida	País urbano			Montevideo			Interior urbano		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
Hipertensión (tasas por mil)	241	266	208	273	230	304	121	95	140
Artritis (tasas por mil)	141	114	160	166	139	186	113	88	131

Fuente: CEPAL, Oficina de Montevideo, en base a datos de ENEVISA 1999.

3. Percepción de necesidades de salud

Los problemas relacionados con la audición son los que tienen mayor percepción y alcanzan al 18% de la población encuestada. De ellos, apenas un 12% usa audífono lo cual significa que en la mayoría de los casos (88%), las personas conviven con una discapacidad auditiva que puede entorpecer su normal desenvolvimiento en la vida cotidiana.

Si bien los problemas de audición tienen una frecuencia mayor a medida que avanza la edad, se parte de frecuencias altas en la adultez (12%), las cuales se incrementan entre los 65 y 79 años (19%) y alcanzan muy altos valores en el grupo de 80 años y más (34%). El porcentaje de las personas que tienen problemas y no usan ningún dispositivo para mejorarlo es algo menos elevado entre los más jóvenes y los de edades más avanzadas (86%).

El 8% de los encuestados declararon tener problemas de visión (excluida la presbicia), los que presentan también un aumento gradual con la edad. Entre los 55 y 64 años, la población encuestada que percibe estos problemas alcanza al 6%; entre los 65 y 79 años aumenta al 7% y al llegar y rebasar los 80 años este último porcentaje se duplica.

Un 7% declara tener problemas dentales que le impiden masticar los alimentos. Los problemas de movilidad se hacen más frecuentes en las edades más avanzadas (14%), con lo que duplican el porcentaje registrado en la población de menor edad.

E. CONSUMO DE MEDICAMENTOS

1. Características de los consumidores

La investigación realizada permitió determinar que el 73% de la población urbana de 55 años y más de edad consume medicamentos. Dicha práctica es más extendida entre las mujeres, alcanzando al 79% de la población femenina en tanto solamente el 64% de la masculina está en igual situación.

A medida que avanza la edad, la proporción de personas que consume medicamentos aumenta, pasando -entre los grupos de edades extremos considerados- del 55% al 71% para los hombres y del 71% al 85% para las mujeres. Ello denota no sólo un inicio más temprano del consumo en las mujeres, sino también que el nivel de consumo que tienen las mujeres en las edades más jóvenes recién lo alcanzan los varones en los grupos de edades subsiguientes.

Los comportamientos según las áreas geográficas de residencia siguen la misma pauta general, aunque en el caso del Interior urbano se observa una acentuación de las diferencias entre uno y otro sexo en la proporción de personas que consumen en las edades más jóvenes. Entre los 55 y 64 años de edad, la diferencia

entre los porcentajes de consumidores de cada sexo es de 10 puntos porcentuales para Montevideo y de 20 puntos porcentuales para el Interior. Esta mayor diferencia se explica por el más alto porcentaje de mujeres consumidoras en el Interior (74%, contra 67% de Montevideo), dado que los varones observan porcentajes prácticamente similares.

Cuadro 45
Consumo de medicamentos en la población encuestada según sexo y grupos de edades (%).

Sexo y edad	Total	Consumo de medicamentos	
		No consume	Consume
Total	**100.0**	**27.3**	**72.7**
55 a 64 años	100.0	36.4	63.6
65 a 79 años	100.0	22.0	78.0
80 años y más	100.0	19.4	80.6
Hombres	**100.0**	**35.7**	**64.3**
55 a 64 años	100.0	44.6	55.4
65 a 79 años	100.0	28.9	71.1
80 años y más	100.0	28.5	71.5
Mujeres	**100.0**	**21.4**	**78.6**
55 a 64 años	100.0	29.3	70.7
65 a 79 años	100.0	17.3	82.7
80 años y más	100.0	14.9	85.1

Fuente: CEPAL, Oficina de Montevideo, en base a datos de ENEVISA 1999.

2. Frecuencia del consumo y tipo farmacológico de los medicamentos

La encuesta realizada permite determinar la frecuencia del consumo según el tipo farmacológico de los medicamentos consumidos en relación a cuatro grupos de éstos: calmantes y analgésicos, sedantes y antidepresivos, medicamentos para dormir, y el rubro "otros", que incluye principalmente cariocinéticos, antialérgicos y digestivos.

En el Cuadro 46 se presentan los resultados alcanzados en relación a estas dos variables entre la población investigada que efectivamente consume medicamentos, esto es, con exclusión de aquellos que nunca consumen en cada uno de los grupos indicados. Cabe señalar como referencia que quienes nunca consumen calmantes y analgésicos representan el 56% de la población encuestada; quienes nunca consumen sedantes y antidepresivos el 84%; quienes nunca consumen medicamentos para dormir el 78%; y, quienes nunca consumen otros medicamentos el 54%.

De la población que consume medicamentos en forma permanente la mayoría son mujeres (66%). A la vez, más de la mitad de los consumidores permanentes lo hacen en el rubro "otros", el cual muestra además una más alta frecuencia de consumo entre la población masculina.

Los medicamentos cuyo propósito es aliviar el dolor (calmantes y analgésicos), son usados en forma menos frecuente, ya que el 46% de la población que los consume lo hace esporádicamente.

Cuadro 46
Relación entre la frecuencia del consumo y el tipo farmacológico de los medicamentos en la población encuestada que los consume (%)

Tipo farmacológico	Total	Frecuencia del consumo					
		Permanente		Casi permanente		Esporádico	
Total			**100.0**		**100.0**		**100.0**
Calmantes y analgésicos	100.0	21.7	12.9	32.3	57.5	46.0	68.8
Psicofármacos	100.0	60.0	30.7	21.4	32.9	18.6	24.0
- sedantes y antidepresivos	100.0	56.2	11.9	24.7	15.6	19.1	10.2
- medicación para dormir	100.0	62.6	18.9	19.1	17.3	18.3	13.9
Otros	100.0	90.3	56.4	5.1	9.6	4.6	7.2
Hombres			**100.0**		**100.0**		**100.0**
Calmantes y analgésicos	100.0	19.2	11.6	28.0	60.3	52.8	72.6
Psicofármacos	100.0	56.6	23.9	20.1	30.4	23.3	22.6
- sedantes y antidepresivos	100.0	54.7	10.1	21.6	14.3	23.7	10.0
- medicación para dormir	100.0	58.0	13.8	18.9	16.1	23.1	12.6
Otros	100.0	93.2	64.5	3.8	9.4	3.0	4.8
Mujeres			**100.0**		**100.0**		**100.0**
Calmantes y analgésicos	100.0	22.9	13.5	34.7	56.5	42.4	66.5
Psicofármacos	100.0	61.3	34.2	21.9	33.8	16.8	24.9
- sedantes y antidepresivos	100.0	56.8	12.7	26.0	16.1	17.2	10.2
- medicación para dormir	100.0	64.2	21.4	19.2	17.7	16.6	14.7
Otros	100.0	88.6	52.4	5.9	9.7	5.5	8.6

Fuente: CEPAL, Oficina de Montevideo, en base a datos de ENEVISA 1999.

Cabe destacar el elevado uso de psicofármacos en forma permanente o casi permanente, frecuencias que en conjunto concentran el 81% de los consumidores de este tipo de fármacos. En este caso, los porcentajes resultan también más elevados para las mujeres que para los varones (83% y 77%, respectivamente). Este comportamiento podría estar reflejando la convivencia en una sociedad muy tensionada, un facilismo terapéutico profesional o un consumo indebidamente controlado.

En relación con el consumo de medicamentos para dormir, cabe recordar algunos resultados ya mencionados al analizar los niveles de tensión entre los factores de riesgo, en particular el hecho que la cuarta parte de la población encuestada se encuentra sometida a una tensión moderada y un 18% a una tensión intensa. El consumo de medicación para dormir alcanza al 22% de la población encuestada, siendo en su mayoría mujeres (74%). Éstas son mayores consumidoras que los hombres, ya que mientras dos de cada siete mujeres utiliza esta medicación, sólo uno de cada siete varones lo hace.

Cuadro 47
Modalidad del sueño entre la población encuestada que toma medicación para dormir, según sexo y grupos de edades (%)

Sexo y edad	Total	Duerme bien y se levanta descansado:			
		Siempre	Casi siempre	Casi nunca	Nunca
Total	**100.0**	**35.4**	**29.1**	**30.8**	**4.7**
Hombres	100.0	33.9	30.2	26.2	9.7
Mujeres	100.0	35.9	28.7	32.5	2.9
55 a 64 años	**100.0**	**46.4**	**26.1**	**23.4**	**4.1**
Hombres	100.0	51.2	22.8	14.8	11.2
Mujeres	100.0	44.7	27.3	26.3	1.7
65 a 79 años	**100.0**	**29.1**	**31.9**	**34.2**	**4.8**
Hombres	100.0	29.0	35.2	26.0	9.8
Mujeres	100.0	29.1	30.8	37.0	3.1
80 años y más	**100.0**	**35.6**	**25.0**	**33.7**	**5.7**
Hombres	100.0	19.8	28.3	44.8	7.1
Mujeres	100.0	43.2	23.5	28.3	5.0

Fuente: CEPAL, Oficina de Montevideo, en base a datos de ENEVISA 1999.

Cuando se interrelaciona el consumo de medicamentos para dormir con la modalidad del sueño (Cuadro 47), se constata que la ingesta de esta medicación no siempre logra su finalidad, ya que en similar porcentaje, hombres y mujeres que toman esta medicación (36%) declaran que casi nunca o nunca duermen bien. Ello es así aun cuando la proporción de los que declaran que nunca duermen bien es tres veces mayor entre los varones que entre las mujeres, lo que se debe principalmente al alto porcentaje de hombres entre 55 y 64 años que declaran dicha situación (11%); en los grupos de edades siguientes dicho porcentaje desciende y tiende a acercarse al de las mujeres. En contraposición con los aspectos recién analizados, entre la población que no toma medicación para dormir, el 81% de los varones siempre o casi siempre duerme bien y se levanta descansado, en tanto que entre las mujeres dicho porcentaje alcanza solamente al 65%.

F. ACTITUDES FRENTE A UNA DOLENCIA

La encuesta indagó acerca del padecimiento de algún malestar, enfermedad o accidente experimentado por el encuestado durante los últimos seis meses. Se entendió por malestar todo estado pasajero que produjo una alteración física o psíquica del estado normal de la persona. La enfermedad pudo ser circunstancial o crónica.

Algo menos de la cuarta parte de los encuestados percibió alguna dolencia en ese período. Para todas las edades consideradas, las mujeres lo hicieron en mayor medida que los varones.

De la población que declaró haber percibido dolencias, la inmensa mayoría (86%) consultó a un profesional de la salud, en tanto que el 14% restante no realizó ningún tipo de consulta, incluso a otra persona distinta de un médico. La encuesta incluyó en las alternativas de respuesta la posibilidad de que la persona consultara a un farmacéutico, enfermero, curandero o líder espiritual, no registrándose ningún caso.

Cuadro 48
Percepción de dolencia en los últimos seis meses entre la población encuestada, según sexo y grupos de edades (%).

Grupos de edades	Total		Hombres		Mujeres	
	Percibió	No percibió	Percibió	No percibió	Percibió	No percibió
Total	**23.3**	**76.7**	**19.9**	**80.1**	**25.7**	**74.3**
55 a 64 años	19.7	80.3	17.0	83.0	22.0	78.0
65 a 79 años	25.3	74.7	21.8	78.2	27.7	72.3
80 años y más	26.8	73.2	24.1	75.9	28.1	71.9

Fuente: CEPAL, Oficina de Montevideo, en base a datos de ENEVISA 1999.

A las personas que habiendo percibido una dolencia declararon no haber efectuado una consulta, se les inquirió sobre los motivos para no haber consultado a un profesional de la salud. Entre las razones señaladas por los encuestados se destacan las siguientes: a un 21% no le pareció importante, un 8% no tenía dinero, un 6% no tuvo tiempo, y otro 6% se medicó él mismo; el conjunto de las restantes y variadas respuestas alcanza al 59%.

G. SALUD PREVENTIVA

1. Salud preventiva femenina

La encuesta relevó información acerca del comportamiento de las mujeres en relación con el conocimiento y la frecuencia de prácticas preventivas hacia el cáncer del aparato reproductivo. La importancia de estas prácticas resulta evidente dada la alta letalidad que tienen los tres tipos de cánceres del aparato reproductivo -el cáncer de mama, el cáncer de cérvix y el cáncer de útero- que en conjunto son responsables de casi 656 muertes anuales de mujeres en el período post-menopaúsico (55 años y más de edad).

La incidencia y mortalidad del cáncer de mama muestran tendencias ascendentes en la presente década y la tasa específica de mortalidad alcanza, en la población bajo estudio, el valor de 123 por 100.000 mujeres de 55 años y más de edad. La tasa de mortalidad por cáncer de cérvix es de 13 por 100.000 y la de cáncer de útero de 30 por 100.000 mujeres, en todos los casos, de 55 años y más de edad (valores correspondientes al período 1994-96).

La primer pregunta formulada estuvo dirigida a determinar la frecuencia de consulta al profesional especialista en esta área de la salud. El 9% de las mujeres encuestadas declararon nunca haber consultado a un ginecólogo. Como era de esperar dada la influencia de anteriores pautas culturales, dicho porcentaje aumenta con la edad: entre los 55 y 64 años es el 3%, sube al 12% entre los 65 y 79 años y llega a representar el 14% entre las mujeres de 80 años y más de edad.

La frecuencia de consulta disminuye con la edad . Mientras la cuarta parte de las mujeres de 55 a 64 años de edad consultaron durante el año previo a la encuesta, solamente lo hicieron el 12% y el 7% de las mujeres de 65 a 79 y de 80 años y más, respectivamente.

Las áreas geográficas de residencia marcan algunas diferencias de comportamiento a destacar. En el Interior urbano el porcentaje de mujeres que nunca consultó a un ginecólogo es entre dos y tres veces superior al de las residentes en Montevideo, cualquiera sea el grupo de edades. Asimismo, la proporción de mujeres residentes en el Interior urbano que efectuaron al menos una consulta en el transcurso de los últimos tres años, es mayor que la correspondiente a las residentes en Montevideo, en todas las edades consideradas.

Cuadro 49
Frecuencia de consulta a un ginecólogo entre la población femenina encuestada según grupos de edades y áreas geográficas de residencia (%).

Frecuencia de consulta a un ginecólogo	Total	Grupos de edades		
		55 a 64 años	65 a 79 años	80 años y más
Total	**100**	**100**	**100**	**100**
Menos de 1 año	16	25	12	7
De 1 a 3 años	16	18	16	12
Más de 3 años	59	54	60	67
Nunca consultó	9	3	12	14
Montevideo	**100**	**100**	**100**	**100**
Menos de 1 año	16	27	9	7
De 1 a 3 años	12	13	14	1
Más de 3 años	67	58	71	83
Nunca consultó	5	2	6	9
Interior urbano	**100**	**100**	**100**	**100**
Menos de 1 año	16	22	15	8
De 1 a 3 años	21	24	18	24
Más de 3 años	50	50	50	49
Nunca consultó	13	4	17	19

Fuente: CEPAL, Oficina de Montevideo, en base a datos de ENEVISA 1999.

La segunda pregunta efectuada trató de recoger información sobre el conocimiento y la frecuencia de realización del examen preventivo de citología oncológica (Papanicolaou). El 35% de las mujeres encuestadas nunca se realizaron este tipo de examen y un 6% adicional declara desconocerlo. El porcentaje de las que nunca accedieron a este examen (suma de los dos porcentajes anteriores) aumenta con la edad, representando el 28% de las mujeres de 55 a 64 años, el 43% de las de 65 a 79 años y el 65% de las de 80 años y más. Cabe señalar que 144 mujeres de 80 años y más fallecieron por cáncer de cérvix y útero en el período 1994-96, cifra que sumada a las muertes de personas de edad menor llega a 614.

Entre las mujeres que accedieron a este examen, la inmensa mayoría de ellas no se encuentran cubiertas en forma adecuada (lo hicieron hace más de un año). Sólo un 11% del total de mujeres encuestadas lo realizó hace menos de un año, situación que alcanza respectivamente, al 18%, 8% y 4% de las mujeres comprendidas en el primero, segundo y tercer grupo de edades considerados.

Respecto a las áreas geográficas de residencia, la situación resulta más crítica entre las mujeres residentes en el Interior urbano: 39% de las encuestadas nunca lo practicó y un 9% lo desconoce, situaciones que representan el 31% y el 3%, respectivamente, en Montevideo.

Cuadro 50
Conocimiento y práctica del examen de Papanicolaou entre la población femenina encuestada, según grupos de edades y áreas geográficas de residencia (%).

Frecuencia de realización y conocimiento del Papanicolaou	Total	Grupos de edades		
		55 a 64 años	65 a 79 años	80 años y más
Total	**100**	**100**	**100**	**100**
Menos de 1 año	11	18	8	4
De 1 a 3 años	13	17	13	5
Más de 3 años	35	37	36	26
Nunca lo realizó	35	26	37	49
Lo desconoce	6	2	6	16
Montevideo	**100**	**100**	**100**	**100**
Menos de 1 año	13	21	9	5
De 1 a 3 años	12	14	13	3
Más de 3 años	41	43	42	35
Nunca lo realizó	31	21	33	49
Lo desconoce	3	1	3	8
Interior urbano	**100**	**100**	**100**	**100**
Menos de 1 año	9	15	6	3
De 1 a 3 años	15	21	12	8
Más de 3 años	28	30	29	16
Nunca lo realizó	39	31	44	48
Lo desconoce	9	3	9	25

Fuente: CEPAL, Oficina de Montevideo, en base a datos de ENEVISA 1999.

Recuadro 5
Prevención del cáncer cervical en las comunidades de escasos recursos

El cáncer cervical constituye un grave problema de salud reproductiva en la mujer, especialmente en los países en desarrollo, donde anualmente se producen aproximadamente 190.000 casos de muerte por esta enfermedad. Sin embargo, este cáncer causado por el virus del papiloma humano (VPH) puede prevenirse oportunamente, identificando y tratando a aquellas mujeres con lesiones precancerosas debidas a este virus. Si bien en todo el mundo existen esfuerzos para reducir el impacto del cáncer cervical en la salud, la mayoría de los intentos hechos en países subdesarrollados no han tenido éxito, debido a factores tales como la falta de conciencia acerca del problema, el acceso restringido a las intervenciones de salud necesarias, la imposibilidad de proveer de exámenes de Papanicolaou a todas las mujeres que lo requieren y el uso ineficiente de los recursos disponibles.....**La incidencia de cáncer cervical invasor ha disminuido hasta en un 80 por ciento en aquellos lugares donde la cobertura y calidad de esta prueba son las adecuadas.**

Fuente: Out Look, número especial, Prevención del Cáncer Cervical, Volumen 16, N°1, Program for Appropriate Technology in Health (PATH), noviembre 1998.

El cáncer de mama tiene mayores posibilidades de curabilidad si el diagnóstico es oportuno. Las últimas preguntas realizadas a la población femenina estuvieron relacionadas con los métodos recomendados para la detección oportuna del cáncer de mama, en particular con la frecuencia de realización de mamografía y el conocimiento y la práctica del autoexamen de mama por parte de las encuestadas.

Cuadro 51
Frecuencia de realización de mamografía entre la población femenina encuestada según grupos de edades y áreas geográficas de residencia (%).

Frecuencia de realización de mamografía	Total	Grupos de edades		
		55 a 64 años	65 a 79 años	80 años y más
Total	**100**	**100**	**100**	**100**
Menos de 1 año	11	17	9	5
De 1 a 3 años	10	16	7	5
Más de 3 años	27	26	29	26
Nunca lo realizó	52	41	55	64
Montevideo	**100**	**100**	**100**	**100**
Menos de 1 año	13	21	9	6
De 1 a 3 años	10	15	7	3
Más de 3 años	37	37	38	34
Nunca lo realizó	40	27	46	57
Interior urbano	**100**	**100**	**100**	**100**
Menos de 1 año	9	12	9	4
De 1 a 3 años	11	16	7	7
Más de 3 años	17	14	18	16
Nunca lo realizó	63	58	66	73

Fuente: CEPAL, Oficina de Montevideo, en base a datos de ENEVISA 1999.

Los resultados resultan notoriamente relevantes. Más de la mitad de la población urbana femenina de 55 años y más de edad nunca se realizó una mamografía. Al igual que para las prácticas preventivas antes mencionadas, este comportamiento presenta una tendencia creciente con la edad, que parte del 41% en la adultez y llega al 64% en las edades más avanzadas. Estos resultados adquieren aún mayor significación si se tiene en cuenta que cerca de 550 mujeres de 55 años y más de edad mueren anualmente por esta causa.

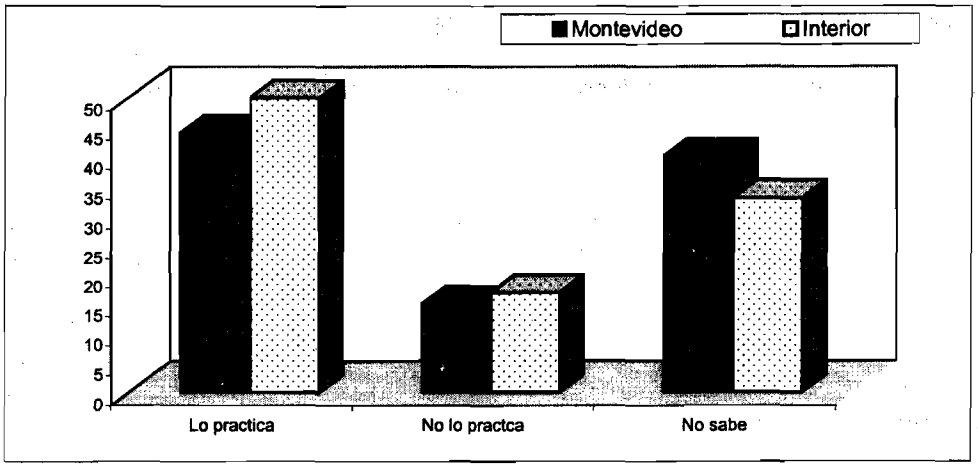
Las mujeres residentes en el Interior urbano se encuentran en clara desventaja respecto de las residentes en Montevideo, ya que los porcentajes de encuestadas que nunca se hicieron una mamografía difieren en forma notable entre uno y otro caso, tanto globalmente (63%, contra 40%) como para cada grupo de edades. En particular entre las más jóvenes, el porcentaje en el Interior urbano más que duplica al de Montevideo.

Cuadro 52
Práctica del autoexamen de mama entre la población femenina encuestada según grupos de edades y áreas geográficas de residencia (%).

Práctica del autoexamen de mama	Total	Grupos de edades		
		55 a 64 años	65 a 79 años	80 años y más
Total	**100**	**100**	**100**	**100**
Lo practica con frecuencia	38	47	36	18
No lo practica	16	16	17	14
No sabe	46	37	47	68
Montevideo	**100**	**100**	**100**	**100**
Lo practica con frecuencia	39	45	38	25
No lo practica	16	15	18	12
No sabe	45	40	44	63
Interior urbano	**100**	**100**	**100**	**100**
Lo practica con frecuencia	37	50	34	11
No lo practica	16	17	16	17
No sabe	47	33	50	72

Fuente: CEPAL, Oficina de Montevideo, en base a datos de ENEVISA 1999.

Gráfico 23
Práctica de autoexamen de mama entre la población femenina encuestada de 55 a 64 años, según área geográfica de residencia (%).



Fuente: CEPAL, Oficina de Montevideo, en base a datos de ENEVISA 1999.

En relación con el autoexamen de mama, un 46% de las mujeres encuestadas declara no saber realizarlo, en tanto que de las que lo saben, algo más de dos de cada

tres lo practica con frecuencia. El conocimiento y práctica es mayor entre las mujeres más jóvenes ya que el 63% sabe hacerlo y de ellas, tres de cada cuatro lo practica con frecuencia.

Respecto a los comportamientos según el área geográfica de residencia, si bien los resultados globales son relativamente similares, el análisis a nivel de grupos de edades muestra diferencias significativas. Para las edades intermedias, y con mayor intensidad para las edades más avanzadas, las mujeres residentes en Montevideo presentan un comportamiento más favorable tanto en el conocimiento como en la frecuencia de esta práctica, que las mujeres del Interior urbano. Entre las mujeres más jóvenes se invierte esta situación, resultando para el Interior urbano menor el porcentaje que declara no saber realizarlo (33%, contra 40% en Montevideo), y mayor el porcentaje que lo practica con frecuencia (50%, contra 45% en Montevideo).

2. Salud preventiva masculina

Los tumores de próstata ocupan el tercer lugar entre las causas de muerte por cáncer para la población masculina, observando una tendencia creciente en los últimos años. Afecta principalmente a la población de 55 años y más de edad, con una letalidad que alcanza anualmente a unos 550 varones.

Entre las medidas preventivas, aplicadas en forma universal a partir de los 40 años de edad, se encuentra el análisis que mide el nivel de Antígeno Prostático Específico (PSA) en la sangre. Por primera vez en el país se interrogó a la población masculina sobre el conocimiento y realización de este tipo de análisis.

Los resultados muestran que casi la mitad de la población masculina encuestada desconoce la existencia de esta prueba. Los varones residentes en Montevideo están globalmente menos informados de su existencia que sus pares del Interior urbano, lo que resulta más notorio entre los más jóvenes y los de 80 años y más, como puede verse en el Cuadro 53.

Entre los que conocen la existencia de esta práctica preventiva, quienes se lo hicieron alguna vez representan el 43% de ellos; este porcentaje muestra diferencias importantes entre los residentes en Montevideo y en el Interior urbano (52% y 34%, respectivamente). En ambos casos además, es rápidamente creciente con la edad, partiendo de valores de 43% y 21% para los varones más jóvenes de Montevideo y del Interior urbano, respectivamente.

A la población masculina que manifestó conocer dicha prueba, se le indagó por el medio a través del cual recibió la información. La mayoría de ellos (63%) se enteró de su existencia por el médico, un 26% lo conoció a través de los medios de difusión y un 11% por amigos o parientes. Esta pauta general se mantiene al incorporar el área geográfica de residencia aunque con diferencias en la magnitud de los porcentajes. Mientras el 77% de los hombres residentes en Montevideo se informaron a través del médico y un 15% por los medios masivos de comunicación, en el Interior urbano la proporción es de 49% en el primer caso y de 36% en el segundo.

Cuadro 53
Conocimiento y práctica del análisis de Antígeno Prostático Específico (PSA) entre la población masculina encuestada, según grupos de edades y áreas geográficas de residencia (%)

Conocimiento y práctica del PSA	Total	Grupos de edades		
		55 a 64 años	65 a 79 años	80 años y más
Conocimiento				
Total	**100**	**100**	**100**	**100**
Sabe que existe	51	48	54	47
No sabe que existe	49	52	46	53
Montevideo	**100**	**100**	**100**	**100**
Sabe que existe	48	42	55	39
No sabe que existe	52	58	45	61
Interior	**100**	**100**	**100**	**100**
Sabe que existe	54	55	53	54
No sabe que existe	46	45	47	46
De los que saben:				
Total	**100**	**100**	**100**	**100**
Se lo hizo alguna vez	43	32	49	59
Nunca se lo hizo	57	68	51	41
Montevideo	**100**	**100**	**100**	**100**
Se lo hizo alguna vez	52	43	56	72
Nunca se lo hizo	48	57	44	28
Interior	**100**	**100**	**100**	**100**
Se lo hizo alguna vez	34	21	42	49
Nunca se lo hizo	66	79	58	51

Fuente: CEPAL, Oficina de Montevideo, en base a datos ENEVISA 1999.

H. SERVICIOS Y GASTO EN SALUD

1. Acceso y cobertura de los servicios de salud

El acceso a un servicio de salud adquiere gran importancia para la población encuestada, puesto que el riesgo de estar enfermo es mayor en las edades adultas. En el sistema de salud vigente en Uruguay, se puede distinguir distintas vías de acceso, las cuales se encuentran íntimamente relacionadas con el nivel socioeconómico del individuo y con diversos aspectos de carácter institucional.

En primer lugar, la Constitución de la República establece que el Estado proporcionará gratuitamente los medios de prevención y asistencia sólo a los indigentes o carentes de recursos suficientes. En este contexto, el Ministerio de Salud Pública (MSP) impone determinados requisitos para poder ser usuario de dicho sistema, existiendo en la actualidad tres tipos de carné: uno de atención totalmente gratuita y dos arancelados.

En segundo lugar, la estructura de los servicios de salud se caracteriza en Uruguay por una fuerte presencia de las denominadas Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC), entidades en su mayoría de larga data radicadas principalmente en Montevideo y que responden a distintos orígenes. Estas instituciones de carácter privado sin fines de lucro constituyen un sistema de atención de salud prepago, de afiliación individual, familiar o colectiva con pago de cuota mensual, el cual proporciona cobertura total o en algunos casos sólo parcial por razones de edad o enfermedad relevante en la instancia de ingreso a las mismas.

La creación de la Dirección de Seguros Sociales de Enfermedad (DISSE) a inicios de la década de los ochenta, su posterior extensión a la totalidad de los trabajadores activos del sector privado formal y el reconocimiento del llamado "derecho a la cuota mutual" para sus cotizantes llevaron a una mayor presencia de las IAMC entre las personas en edad activa[18].

Hasta 1996, todos los afiliados a las IAMC a través de DISSE perdían el derecho a la cuota mutual al pasar de la condición de activo a retiro. La Ley de Reforma de la Seguridad Social de abril de 1996 estableció el otorgamiento a cargo del Banco de Previsión Social (BPS), del beneficio de la cuota mutual a los afiliados pasivos jubilados como trabajadores dependientes en actividades amparadas por el BPS, cuyos ingresos totales incluidas las prestaciones por pasividad o retiro no superaran determinado monto. A la fecha de la encuesta ENEVISA, dicho monto se situaba en $ 2.300, equivalente a aproximadamente 210 dólares[19].

En tercer lugar, por otras vías y con modalidades diversas, determinados sectores de trabajadores estatales acceden directamente a la prestación de servicios de salud (Hospital Militar u Hospital Policial) o reciben algún beneficio al respecto, en particular el derecho a la cuota mutual (Bancos Estatales, Entes Autónomos, Intendencias Municipales, Universidad de la República, etc.). Asimismo, existen algunas instituciones privadas que otorgan ya sea a sus afiliados o a sus funcionarios, derechos específicos para la atención de la salud (Caja Notarial, Caja de Auxilio de Canillitas, Caja de Profesionales Universitarios, etc.). También existen diversos

[18] Los aportes obligatorios patronal y obrero a DISSE son respectivamente, del 5% y el 3% del salario nominal. La afiliación a las IAMC a través del sistema DISSE no requiere examen médico previo de admisión ni tiene limitaciones por razones de edad. El trabajador puede elegir la IAMC, pero si desea cambiar, debe computar por lo menos un año de antigüedad. Esta afiliación cubre todos los derechos asistenciales del trabajador.

[19] La afiliación a las IAMC a través de este mecanismo implica una deducción adicional del 2% en el monto de la pasividad. También en este caso, la afiliación a las IAMC cubre todos los derechos asistenciales y no requiere examen médico de admisión ni tiene limitaciones por razones de edad.

convenios de afiliación colectiva a las IAMC, que involucran a varios organismos y empresas. Cabe indicar que en la mayoría de los casos, los derechos generados por las modalidades reseñadas cesan al pasar de la condición de activo a la de pasivo, en tanto que sólo en algunos de ellos se mantienen. Asimismo, en determinados casos dichos derechos comprenden además total o parcialmente a los familiares directos del titular de los mismos.

Cuadro 54
Tipo de cobertura de salud de la población encuestada según grupo de edades, sexo y área geográfica (%).

	No tiene	IAMC (1)	MSP	Otros (2)	Total
Total	**3.2**	**59.3**	**24.6**	**12.9**	**100**
Grupo de edades					
55 a 64 años	4.3	59.2	21.7	14.8	100
65 a 79 años	2.5	58.6	25.4	13.5	100
80 años y más	2.3	62.0	30.9	4.8	100
Sexo					
Hombres	4.2	57.6	20.3	17.9	100
Mujeres	2.4	60.5	27.7	9.4	100
Área geográfica					
Montevideo	3.3	73.0	11.7	12.1	100
Interior urbano	3.0	44.3	38.8	13.9	100

Notas: (1) Comprende la afiliación individual con derechos totales o parciales y la afiliación colectiva por DISSE, por BPS y por otros mecanismos. (2) Comprende instituciones públicas (Hospital Militar, Hospital Policial, Bancos Estatales y Entes Autónomos) y en menor medida, instituciones privadas (Caja Notarial, Caja de Profesionales Universitarios y Caja de Auxilio de Canillitas).
Fuente: CEPAL, Oficina de Montevideo en base a la ENEVISA 1999.

En este marco institucional, las IAMC cubren casi el 60% de la población encuestada (Cuadro 54). Este tipo de cobertura tiene un comportamiento diferenciado por área geográfica, encontrándose niveles claramente superiores para los residentes en Montevideo (73% versus 44% en el Interior urbano).

A su vez, aproximadamente una cuarta parte de los encuestados se asiste a través de los servicios brindados por el Ministerio de Salud Pública (MSP), los cuales adquieren relevancia en el Interior, llegando a cubrir una población más de tres veces superior a la que se atiende por este mismo sistema en Montevideo. Por último, el 13% tiene derechos de atención a través de otras instituciones, en tanto que el 3% restante declara no tener ningún tipo de cobertura[20]

[20] Este último puede involucrar a los individuos que no reúnen las condiciones necesarias para que su atención sea financiada por el sistema público pero que tampoco pueden acceder al privado debido a su nivel de ingresos; o en el extremo opuesto, a aquellas personas que no están afiliadas a ningún régimen de prestación de salud en virtud de que sus ingresos le permiten acceder al sistema privado en forma inmediata.

Estos porcentajes varían, aunque en menor medida, si se considera el sexo y la edad. En efecto, las mujeres y la población de edades más avanzadas presentan, en términos relativos, niveles superiores de cobertura por las IAMC y el MSP, mientras que sucede lo contrario con los que acceden a través de las otras instituciones y los que no poseen cobertura.

Por otra parte, el surgimiento y la expansión de empresas que brindan cobertura de emergencia médica móvil mediante mecanismos de pago de cuota mensual constituye un fenómeno relativamente reciente, que ha captado un número creciente de usuarios. Fundadas y dirigidas en su mayoría por médicos, estas empresas prestan servicios de emergencia móvil, urgencia domiciliaria y traslado; actualmente algunas de ellas prestan además atención primaria ambulatoria.

Cuadro 55
Cobertura de las instituciones de emergencia médica móvil en la población encuestada, según grupos de edades, sexo, área geográfica y tipo de cobertura de salud (%).

Total		**46.5**
Grupo de edades:	55 a 64 años	39.6
	65 a 79 años	49.4
	80 años y más	57.1
Sexo:	Hombres	43.8
	Mujeres	48.4
Área geográfica:	Montevideo	67.0
	Interior urbano	24.1
Tipo de cobertura de salud:	IAMC	59.4
	MSP	20.1
	Otros	46.6
	No tiene	9.5

Fuente: CEPAL, Oficina de Montevideo en base a la ENEVISA 1999.

El servicio brindado por las emergencias móviles cubre el 46,5% de la población encuestada (Cuadro 55). También en este caso el área geográfica determina comportamientos muy diferentes, alcanzando a cubrir el 67% en Montevideo y tan sólo el 24% en el Interior urbano del país. Estas diferencias pueden ser atribuibles, en parte, al menor desarrollo de la oferta de dichos servicios en esta última área.

A su vez, se observa que a medida que se avanza en los grupos de edades, la proporción de personas que contratan este servicio aumenta. Este comportamiento

parece razonable en tanto que a medida que aumenta la edad, mayores son los riesgos y por lo tanto más frecuentemente los individuos se ven enfrentados a situaciones de emergencia. En cuanto a las diferencias por sexo, las mujeres alcanzan una cobertura levemente mayor.

Finalmente, casi el 60% de quienes disponen de cobertura de salud a través de las IAMC contrata adicionalmente un servicio de emergencia móvil. El porcentaje desciende significativamente entre los usuarios de Salud Pública (20%) y es mucho menor aún para los que no tienen cobertura alguna (9,5%), por lo que el acceso a una emergencia móvil se asocia en gran medida con el nivel socio económico de los encuestados.

2. Utilización de los servicios

En los últimos seis meses, el 39% de los encuestados no realizó ninguna consulta médica, en tanto el resto que consultó (61%) se repartió de manera similar al considerar entre 1 y 3 consultas por un lado y 4 o más consultas por otro, tal como se observa en el Cuadro 56. En promedio, el número de consultas ascendió a 3,1, valor que corresponde a una frecuencia bimestral.

El promedio de consultas fue significativamente inferior para el primer grupo de edades (55 a 64 años) con respecto al segundo y al tercer grupo, pero no difirió en cambio entre estos dos últimos. Si bien el porcentaje de personas que consultó entre 1 y 3 veces se mantiene relativamente estable para las distintas edades, las diferencias se encuentran entre los que no registraron ninguna consulta y los que lo hicieron 4 o más veces en el período considerado. En efecto, la incidencia de 4 o más consultas crece con la edad. Con respecto al sexo, se registra mayor incidencia de 4 o más consultas para las mujeres que para los hombres, resultado atribuible en parte a la correlación entre la edad y el sexo. Sin embargo, al controlar por edad y sexo conjuntamente, se comprueba que efectivamente las mujeres consultan más que los hombres para las edades inferiores a los 80 años, pero no se encuentra este resultado para los de edades más avanzadas[21]. Finalmente, el comportamiento entre ambas áreas geográficas fue similar.

El estado de salud de la persona tiene un impacto directo sobre el número de consultas. En efecto, el 68,5% de los que presentan un estado de salud muy bueno (único caso en que el individuo no percibe enfermedades crónicas) no registró consultas médicas en el período, en tanto el 48% y el 58% de quienes tienen un estado de salud regular y malo respectivamente, lo hicieron 4 o más veces. En términos del

[21] Para los individuos comprendidos entre 55 y 64 años de edad, el número promedio de consultas de las mujeres (2,9) superó ampliamente al de los hombres (1,8), lo cual se observa también, aunque en menor medida, para el siguiente grupo de edades (65 a 79 años) en el que los valores fueron 3,8 y 3,2 para mujeres y hombres, respectivamente. No obstante, para los encuestados de 80 años y más, el número promedio de consultas de los hombres (3,7) fue mayor al de las mujeres (3,2). Cabe señalar que el número promedio de consultas para cada tramo etario fue estadísticamente distinto para hombres y mujeres, al 95% de confianza.

número promedio de consultas se observa que mientras que las personas con estado de salud muy bueno asisten al médico con una frecuencia aproximadamente semestral, los que presentan buena salud lo hacen bimestralmente y los que declaran un estado de salud regular o malo, mensualmente. Si además se controla por sexo, para todos los estados de salud los hombres consultan menos al médico que las mujeres, con excepción de los que presentan un estado malo.

Cuadro 56
Número de consultas médicas efectuadas en los últimos seis meses por la población encuestada, según grupos de edades, sexo, área geográfica y estado de salud (%)

	Ninguna	1 a 3	4 y más	Total	Promedio de consultas
Total	**38.9**	**31.9**	**29.2**	**100**	**3.1**
Grupo de edades					
55 a 64 años	48.3	30.5	21.2	100	2.4
65 a 79 años	32.6	33.6	33.8	100	3.5
80 años y más	33.5	29.9	36.6	100	3.4
Sexo					
Hombres	44.8	31.6	23.6	100	2.6
Mujeres	34.7	32.1	33.1	100	3.4
Área geográfica					
Montevideo	37.0	33.4	29.6	100	3.2
Interior urbano	41.1	30.3	28.6	100	2.9
Estado de salud					
Muy bueno	68.5	25.8	5.7	100	0.8
Bueno	27.2	40.2	32.6	100	3.1
Regular	24.3	27.5	48.2	100	5.4
Malo	21.4	20.3	58.3	100	6.2

Fuente: CEPAL, Oficina de Montevideo, en base a la ENEVISA ,1999.

La encuesta ENEVISA indagó también acerca de si la población en estudio estuvo alguna vez hospitalizada en los últimos seis meses. Tal como se aprecia en el Cuadro 57, ello fue así sólo para algo menos del 7% de los encuestados, correspondiendo en un 80% de los casos a una única hospitalización.

Asimismo, la tasa de hospitalización aumenta a medida que se avanza en la edad, destacándose diferencias importantes entre el primer grupo de edades (55 a 64 años) con respecto al segundo y al tercero, pero registrándose algunas menores entre estos dos últimos (inclusive el porcentaje de hospitalizados para aquellos de edades más avanzadas resulta menor que para los adultos de entre 65 y 79 años). No obstante, si se toma en cuenta el estado de salud, la correlación con la hospitalización se hace mucho más evidente: un porcentaje ínfimo de los que poseen muy buena salud estuvo hospitalizado (2,3%), mientras que casi un cuarto de las personas con mal estado de salud lo estuvo (23,3%). Finalmente, se observan tasas de

hospitalización levemente mayores para los hombres y para los residentes en Montevideo.

Cuadro 57
Población encuestada que estuvo alguna vez hospitalizada en los últimos seis meses, según grupo de edades, sexo, área geográfica y estado de salud (%)

Total		6.8
Grupo de edades:	55 a 64 años	4.7
	65 a 79 años	8.5
	80 años y más	7.1
Sexo:	Hombres	7.7
	Mujeres	6.2
Área geográfica:	Montevideo	7.3
	Interior urbano	6.4
Estado de salud:	Muy bueno	2.3
	Bueno	5.3
	Regular	12.2
	Malo	23.3

Fuente: CEPAL, Oficina de Montevideo en base a la ENEVISA 1999.

Entre las personas que estuvieron hospitalizadas, la extensión del período de internación fue inferior a una semana en la mitad de los casos, constatándose una duración superior al mes sólo en el 15% de ellos. A su vez, el 43% de las hospitalizaciones fue por causa de una intervención quirúrgica, no obstante lo cual el número promedio de días de internación entre operados y no operados no difiere significativamente.

3. Gasto en salud

La encuesta ENEVISA relevó el monto mensual del gasto en salud relacionado estrictamente con las personas encuestadas, para un amplio espectro de componentes del mismo. Los valores fueron registrados con independencia de quien efectivamente los hubiera pagado, comprendiendo en consecuencia tanto los desembolsos realizados por el entrevistado o, en ocaciones, sus familiares u otros allegados, incluidas empresas o instituciones. Ello resulta particularmente relevante en relación a la

imputación efectuada para el valor de la cuota mutual en los casos en que el entrevistado accede directamente a la misma en virtud de determinados derechos específicos, tales como DISSE, BPS, y otros mecanismos. Dicha imputación fue realizada de acuerdo con los procedimientos utilizados habitualmente por el INE para el registro de los ingresos en especie o por subsidios en el proceso de elaboración de sus estadísticas de ingreso.

El valor promedio estimado del gasto en salud es de $771, pudiéndose observar que más de la mitad de dicho monto (51%) corresponde a la cuota mutual. Tal como se aprecia en el Cuadro 58, los restantes componentes del gasto comprenden: medicamentos comprados en farmacia (13%), tickets para medicamentos y análisis (9%), cuota mensual por servicios de emergencia móvil (8%), consultas médicas y odontológicas (7%) y otros gastos (12%); este último incluye homeopatía y yuyos; servicios de compañía en sanatorio y domicilio durante períodos de convalescencia; servicio fúnebre y panteón; pañales geriátricos y sondas; equipos terapéuticos (anteojos, prótesis, muletas, etc.); costos de intervención quirúrgica; y, otros (curaciones, aplicación de inyectables, fisioterapia particular, etcétera).

Debido a la importante cobertura del sistema mutual de salud, tanto el gasto promedio como su estructura están en gran medida determinados por los gastos de sus afiliados. Por ello, al considerar a las personas que pagan cuota mutual, la distribución del gasto entre los distintos rubros resulta relativamente similar a la del promedio de los encuestados.

En razón de la participación de la cuota mutual, el gasto promedio difiere muy fuertemente con el tipo de cobertura, situándose en $ 187 para quienes no pagan cuota y en $ 992 para quienes sí lo hacen. Esta brecha se debe no sólo a los gastos asociados con la afiliación (cuota mutual y tickets para medicamentos y análisis) sino que se verifica asimismo en todos los rubros, aún al mayor nivel de desagregación. Cabe mencionar además que los gastos en medicamentos comprados en farmacia, contratación de servicio fúnebre y panteón, y pañales geriátricos y sondas son los que presentan mayor similitud entre las dos poblaciones consideradas.

Por otra parte, el gasto promedio en Montevideo resulta un 66% superior al del Interior urbano del país, lo que parcialmente se explica por los distintos tipos de cobertura de los servicios de salud y de participación en los servicios de emergencia médica móvil que caracterizan a ambas áreas. Las mayores diferencias promedio se dan en este último rubro y en los pagos por servicios de compañía en sanatorio y domicilio, estimándose para los residentes en Montevideo un gasto entre dos y tres veces más alto que el correspondiente a sus pares del Interior urbano.

A medida que avanza la edad, el gasto en salud crece en su monto total y en el de cada uno de sus componentes -con excepción de la cuota mutual que permanece relativamente estable-, lo que se refleja también en la estructura del gasto a través de aumentos en la participación de todos los componentes con la excepción indicada. En particular, algunos de los rubros agrupados en otros gastos presentan una alta sensibilidad al respecto; en los casos extremos de pañales geriátricos y sondas y de servicios de compañía, el gasto promedio entre los encuestados de 80 años y más de

edad resulta 20 y 7 veces superior respectivamente, al declarado por los de 55 a 64 años.

Por último, cuando se analiza el gasto en salud según el sexo, la suma que destinan las mujeres resulta apenas superior a la de los hombres; esta diferencia podría deberse en gran medida a las diferencias de edad entre sexos.

Cuadro 58
Estructura y valor promedio total del gasto en salud de la población encuestada, según grupo de edades, sexo, área geográfica y tipo de cobertura (%)

	Total	Cuota mutual	Servicio emer-gencia móvil	Consultas médicas y odontoló-gicas (1)	Tickets para medica-mentos y análisis	Medica-mentos comprados en farmacia	Otros gastos (2)	Promedio del gasto en salud (3)
Total	**100**	**51.4**	**8.0**	**7.1**	**8.6**	**12.9**	**12.0**	**$ 771**
Grupo de edades								
55 a 64 años	100	58.2	7.5	6.3	7.5	10.2	10.3	$ 683
65 a 79 años	100	49.0	8.2	7.7	8.9	14.4	11.8	$ 815
80 años y más	100	43.1	8.9	7.0	10.5	13.6	16.8	$ 882
Sexo								
Hombres	100	55.2	7.4	7.5	8.7	11.0	10.1	$ 736
Mujeres	100	48.9	8.5	6.8	8.6	14.0	13.2	$ 797
Área geográfica								
Montevideo	100	52.4	9.2	7.2	8.7	11.3	11.2	$ 953
Interior	100	49.4	5.9	7.0	8.6	15.7	13.4	$ 572
Tipo de cobertura								
Paga cuota	100	55.0	7.8	6.7	8.8	10.7	11.0	$ 992
No paga cuota	100	0.0	11.8	13.1	5.8	43.0	26.3	$ 187

Notas: (1) Incluye consultas médicas y odontológicas (para este último caso se imputó la cuota si está en una sociedad odontológica y el gasto equivalente mensual si está en tratamiento). (2) Incluye: homeopatía y yuyos; servicios de compañía en sanatorio y domicilio durante períodos de convalescencia; servicio fúnebre y panteón; pañales geriátricos y sondas; equipos terapéuticos (anteojos, prótesis, muletas, etc.); costos de intervención quirúrgica; otros (curaciones, aplicación de inyectables, fisioterapia particular, etc.). (3) En pesos corrientes de marzo, abril y mayo de 1999; el tipo de cambio promedio para esos tres meses se situó en torno a $ 11 por dólar.
Fuente: CEPAL, Oficina de Montevideo, en base a datos de ENEVISA 1999.

Con el propósito de analizar la incidencia del gasto en salud de los encuestados sobre su ingreso personal y el de su núcleo familiar se calculó sucesivamente, la participación del gasto en el ingreso personal de los encuestados, en el ingreso per cápita de los adultos mayores del hogar y en el ingreso per cápita del hogar[22]. En cada caso se estableció la distribución de dicha participación para el total de los encuestados y para cada subconjunto según sexo, grupo de edades y área geográfica de residencia, indentificándose cuatro indicadores en relación a cada distribución: el promedio y los respectivos valores para el percentil 20, el percentil 50 y el percentil 80. Los resultados se presentan en el Cuadro 59.

Cuadro 59
Indicadores de la distribución de la participación del gasto en salud en el ingreso, según características de la población encuestada (%)

	Total	Sexo		Área geográfica		Grupo de edades		
		Hombres	Mujeres	Montevideo	Interior urbano	55-64	65-79	80 y más
Participación del gasto en salud en el ingreso personal *								
Promedio	**22.5**	**12.3**	**30.6**	**28.8**	**15.4**	**23.3**	**21.4**	**24.8**
Percentil 20	4.0	2.8	5.8	5.8	2.3	3.1	4.9	5.5
Percentil 50	12.6	8.6	17.1	13.9	10.5	9.5	13.8	18.6
Percentil 80	28.2	18.2	35.3	33.2	24.4	21.8	30.6	35.7
Participación del gasto en salud en el ingreso per cápita de los adultos mayores del hogar *								
Promedio	**20.4**	**15.7**	**23.8**	**24.4**	**16.2**	**17.5**	**22.2**	**22.6**
Percentil 20	4.3	3.1	5.4	6.4	2.3	3.2	5.4	5.7
Percentil 50	13.5	10.5	16.2	15.7	10.8	10.1	15.3	19.3
Percentil 80	29.5	23.4	32.5	32.7	25.7	23.0	31.9	34.3
Participación del gasto en salud en el ingreso per cápita del hogar								
Promedio	**19.6**	**18.1**	**20.7**	**21.6**	**17.3**	**18.0**	**20.6**	**20.8**
Percentil 20	5.0	4.1	5.6	7.5	1.9	4.1	5.7	6.1
Percentil 50	15.1	13.7	15.9	16.7	12.8	12.8	16.3	17.9
Percentil 80	29.4	29.1	29.9	31.9	26.2	25.6	30.8	32.4

* El ingreso personal y el ingreso per cápita de las personas de 55 años y más no comprenden las transferencias por concepto de ayudas familiares.
Fuente: CEPAL, Oficina de Montevideo en base a ENEVISA, 1999.

En promedio, el gasto analizado representa el 22,5% del ingreso personal de los encuestados. Si bien el gasto de hombres y mujeres es relativamente similar, las

[22] En el ingreso personal y en el ingreso per cápita de los adultos mayores del hogar (personas de 55 y más años) no se consideró la presencia de transferencias de otros hogares. Sin embargo, se las tuvo en cuenta en el cálculo del ingreso per cápita del hogar, en el supuesto que dichas transferencias provienen de familiares de generaciones más jóvenes que no conviven con la población en estudio.

diferencias de ingreso entre sexos hacen que su peso sea mayor para estas últimas (30,6%, contra 12,3 para los hombres).

Cuando se observa la participación del gasto en salud de los encuestados en el ingreso per cápita de los adultos mayores (personas de 55 años y más de edad) que conviven en el hogar, la comparación de los resultados con los anteriormente comentados respecto a su participación en el ingreso personal sugiere la existencia de transferencias implícitas al interior del hogar desde los hombres hacia las mujeres en las edades consideradas. En efecto, para estas últimas el peso del gasto en el ingreso personal es de 31% y cae a 24% al considerar el ingreso per cápita de todas las personas de 55 años y más de edad. Para los hombres en cambio, estas proporciones aumentan de 12% a 16%, respectivamente.

Al considerar la participación del gasto de los encuestados en el ingreso per cápita del hogar, la comparación con los resultados alcanzados en relación a la participación en el ingreso per cápita de los adultos mayores sugiere la existencia de transferencias de carácter intergeneracional desde los hombres adultos mayores hacia las generaciones más jóvenes (menos de 55 años de edad) y desde las generaciones más jóvenes hacia las mujeres adultas mayores. Para los hombres, dicha participación crece de 16% a 18%, en tanto desciende de 24% a 21% en el caso de las mujeres. Asimismo, la comparación de estas participaciones según área geográfica y grupos de edades indica que las transferencias desde las generaciones más jóvenes hacia la población encuestada se verifican principalmente en Montevideo y para las personas de 65 años y más.

Por último, la Encuesta relevó algunos gastos indirectos, tanto del encuestado como del acompañante a la consulta, asociados a la utilización de los servicios médicos, tales como el costo de traslado al consultorio médico, las horas de trabajo perdidas y los pagos necesarios para cuidar a otras personas durante el horario de consulta. Dado que la inclusión de estos gastos elevaría tan sólo en un 3% el gasto anteriormente analizado, ellos no fueron considerados en el estudio.

PARTE III

CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS DEL ENVEJECIMIENTO

A. EL PERFIL SOCIOECONÓMICO DE LA POBLACIÓN ENCUESTADA

1. Estructura por sexo y edad

La población de 55 años y más de edad residente en hogares particulares urbanos representa según el último relevamiento censal el 22% del total de la población urbana. La población encuestada corresponde a este tipo de hogares y su distribución por edad se encuentra dentro de los márgenes observados en el censo. Cabe señalar que la población comprendida en dichas edades residente en hogares colectivos representa el 0.5% de la población urbana total, correspondiendo el 81% de la misma a edades de 65 años y más.

En el conjunto de la población encuestada las mujeres son mayoría (58%), predominio que se acentúa al avanzar la edad, debido a la mayor sobrevivencia femenina. El índice de masculinidad pauta la superioridad numérica de las mujeres, las que a partir de los 80 años de edad duplican a los varones. También por la misma causa, la población femenina presenta un envejecimiento más acentuado que la masculina. Las personas de 80 años y más ("oldest old") tienen un peso cuatro puntos porcentuales mayor en la población femenina, respecto de la masculina. Estas observaciones se inscriben dentro del patrón de comportamiento del envejecimiento demográfico avanzado que afecta a la estructura poblacional uruguaya.

Cuadro 60
Distribución de la población encuestada por sexo, según grupos de edades

Grupos de edades	Total	Hombres	Mujeres	Índice de masculinidad	Total	Hombres	Mujeres
Total	**100.0**	41.8	**58.2**	71.8	**100.0**	100.0	**100.0**
55 a 64 años	100.0	46.1	53.9	85.5	39.4	43.4	36.5
65 a 79 años	100.0	40.5	59.5	68.0	48.3	46.8	49.4
80 años y más	100.0	33.3	66.7	49.8	12.3	9.8	14.1
(n = 1503)							

Fuente: CEPAL, Oficina de Montevideo, en base a datos de ENEVISA 1999.

Aunque con variaciones muy pequeñas, ese patrón de comportamiento se mantiene para las poblaciones de Montevideo y el Interior urbano del país. Si bien el nivel de predominancia femenina es similar al de la población en su conjunto, en las edades más avanzadas es algo menor para el Interior urbano. Por otra parte, el porcentaje de hombres que alcanzan y sobrepasan los 65 años es levemente superior

para el Interior, lo cual pudiera ser signo de una mortalidad menor en la población masculina de estas áreas.

Cuadro 61
Distribución de la población encuestada por área geográfica de residencia y sexo, según grupos de edades.

Grupos de edades	Montevideo			Interior urbano		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
Total	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**
55 a 64 años	39.8	44.5	36.5	38.9	42.3	36.4
65 a 79 años	48.0	46.0	49.4	48.6	47.6	49.4
80 años y más	12.2	9.5	14.1	12.5	10.1	14.2
	(n = 843)			(n = 660)		

Fuente: CEPAL, Oficina de Montevideo, en base a datos de ENEVISA 1999.

2. Tendencia migratoria

El 44% de las personas de 55 años y más posee historia migratoria determinada por desplazamientos territoriales realizados dentro de la frontera del país, entre las unidades administrativas mayores (departamentos), y desde el exterior. Teniendo en cuenta estas unidades geográficas, en relación a las cuales se plantea el problema migratorio, es posible clasificar a la población bajo estudio en tres categorías: no migrantes, migrantes internos y migrantes internacionales. Los resultados según dichas categorías se presentan en el Cuadro 62.

Con respecto a cada grupo de edades, se observa un patrón de comportamiento similar en relación a las experiencias migratorias. El peso de la población que realizó al menos un movimiento interno durante su vida es muy superior (entre tres y cinco veces, a excepción de los hombres de 80 años y más), al de la población que se desplazó desde el extranjero. Otro aspecto a señalar refiere a la mayor proporción de inmigrantes internacionales que concentran las edades más avanzadas, vinculado muy posiblemente a los contingentes ingresados al país en los dos períodos de pos guerras mundiales.

Al relacionar la condición de migrante con la edad al momento de migrar, es posible concluir que la mayoría de la población migrante llegó al lugar de residencia actual antes de los 50 años de edad, es decir, lo hizo durante su vida activa. Esta situación es más acentuada para los migrantes internacionales, ya que el 81% lo hizo a dichas edades, siendo esa proporción algo menor para los migrantes internos (77%).

Cuadro 62
Categoría de migrante entre la población encuestada según sexo y grupos de edades
(%)

Sexo y grupos de edades	Total	Categoría de migrante		
		No migrante	Migrante interno	Migrante internacional
Total	**100.0**	**56.4**	**36.0**	**7.6**
55 a 64 años	100.0	59.7	34.6	5.7
65 a 79 años	100.0	54.6	36.8	8.6
80 años y más	100.0	52.6	37.3	10.1
Hombres	**100.0**	**57.3**	**34.0**	**8.7**
55 a 64 años	100.0	60.9	33.1	6.0
65 a 79 años	100.0	53.4	36.6	10.0
80 años y más	100.0	60.2	25.4	14.4
Mujeres	**100.0**	**55.7**	**37.4**	6.9
55 a 64 años	100.0	58.8	35.8	5.4
65 a 79 años	100.0	55.4	36.9	7.7
80 años y más	100.0	49.0	43.0	8.0

Fuente: CEPAL, Oficina de Montevideo, en base a datos de ENEVISA 1999.

Asimismo, no deja de ser importante la población que migra luego de los 60 años de edad, una vez iniciada la etapa de retiro de la actividad laboral; quienes están en esta situación representan el 11% de los migrantes internos y el 9% de los migrantes internacionales.

La limitación temporal permite clasificar a los migrantes en recientes y antiguos, según tengan respectivamente, hasta cinco años o más de cinco años de permanencia en el lugar donde viven. Esta diferenciación pone en evidencia el absoluto predominio de la población migrante antigua en todas las edades consideradas. Sin embargo, puede señalarse una leve diferencia en el grupo de edades intermedias para el cual es algo mayor la migración reciente. Las áreas geográficas marcan el mismo comportamiento, aunque en Montevideo se constata una más elevada incidencia de la migración antigua que concentra la casi totalidad de los migrantes (97%), frente a 89% del Interior urbano.

En forma complementaria puede agregarse que aunque resulta baja no es despreciable la movilidad reciente de la población encuestada, sobre todo si se considera que es selectiva en cuanto al sexo. Si bien el índice de masculinidad de los migrantes recientes para el conjunto de las edades consideradas alcanza un valor de 71.7, lo cual desde ya indica una presencia mayoritaria de mujeres, ello resulta por demás notorio dado que en las edades más avanzadas hay únicamente 28 varones por cada 100 mujeres.

Cuadro 63
Condición de migrante de la población migrante encuestada según grupos de edades y áreas geográficas de residencia (%).

Grupos de edades y áreas geográficas	Total	Condición de migrante	
		Reciente	Antiguo
Total	**100.0**	**7.0**	**93.0**
55 a 64 años	100.0	9.2	90.8
65 a 79 años	100.0	15.3	84.7
80 años y más	100.0	9.2	90.8
Montevideo	**100.0**	**3.0**	**97.0**
Interior urbano	**100.0**	**11.0**	**89.0**

Fuente: CEPAL, Oficina de Montevideo, en base a datos de ENEVISA 1999.

La distribución por edades indica además que casi la totalidad de los varones migrantes recientes (96%) tienen menos de 80 años, y se reparten por igual entre los dos grupos de edades considerados entre los 55 y 79 años. Para las mujeres la situación es algo diferente ya que un 28% tienen 80 años y más de edad, un 33% entre 65 y 79 años y un 39% pertenecen a las edades más jóvenes.

El Interior urbano del país recoge el 81% de los migrantes recientes, sea por movilidad entre los departamentos que lo conforman o desde Montevideo. Esta distribución se mantiene constante para todos los grupos de edades.

Un aspecto específico de estos migrantes recientes, que el número de observaciones permite elaborar con razonable representatividad de la población, tiene que ver con el estado de salud, cuyo patrón por edades ofrece algunas diferencias importantes, cuando se lo compara con el correspondiente a la población conformada por los no migrantes y los migrantes antiguos.

Globalmente, el estado de salud de los migrantes recientes es algo inferior al de los no migrantes y migrantes antiguos, y se deteriora en mayor medida con el avance de la edad. Así, mientras las distribuciones porcentuales correspondientes a las edades más jóvenes son relativamente similares, en las edades algo más avanzadas muestran diferencias significativas; ello es particularmente observable para el estado de salud malo, el cual caracteriza a casi un 18% de los migrantes recientes y sólo a poco menos del 8% de los no migrantes y migrantes antiguos.

Cuadro 64
Estado de salud de la población encuestada según condición de migrante y grupos de edades (%)

Condición de migrante y grupos de edades	Total	Estado de salud			
		Muy bueno	Bueno	Regular	Malo
Migrantes recientes	**100.0**	**29.2**	**35.5**	**25.2**	**10.1**
55 a 64 años	100.0	37.5	38.6	23.9	-
65 años y más	100.0	22.9	33.3	26.1	17.6
No migrantes y migrantes antiguos	**100.0**	**30.7**	**42.2**	**21.9**	**5.2**
55 a 64 años	100.0	41.1	41.0	16.4	1.5
65 años y más	100.0	24.0	43.0	25.4	7.6

Fuente: CEPAL, Oficina de Montevideo, en base a datos de ENEVISA 1999.

Si se considera que resulta poco común la migración a edades avanzadas, y que en este caso además una parte importante son personas total o parcialmente dependientes, los resultados admiten varias posibles lecturas: se trata de una migración familiar de hijos con padres ancianos que se movilizan por razones de salud de estos últimos; se trata de ancianos que al enfermarse van a vivir con otras personas o, simplemente, migra la familia por otras razones y los ancianos la acompañan dado que dependen de ella.

3. Recursos humanos

a. Nivel educativo

La educación constituye un importante factor que condiciona en gran parte los estilos de vida, el bienestar y la salud de las personas adultas, y que facilita la adaptación a los cambios tecnológicos. Los datos muestran que la población encuestada tiene en su conjunto un nivel educativo formal relativamente bajo, característica que va diluyéndose en el tiempo con la progresiva incorporación de contingentes con mayor nivel de instrucción. El 36% de la población encuestada no accedió a la instrucción formal o no completó la educación primaria (nivel bajo); el 51% completó la educación primaria o cursó en forma incompleta el primer ciclo secundario, incluido la enseñanza técnica (nivel medio bajo); un 8% completó el primer ciclo secundario, incluido magisterio y otros de nivel terciario no universitario (nivel medio alto); finalmente, solamente un 6% accedió a la enseñanza de nivel terciario universitaria (nivel alto).

Cuadro 65
Nivel educativo de la población encuestada según sexo y grupos de edades (%)

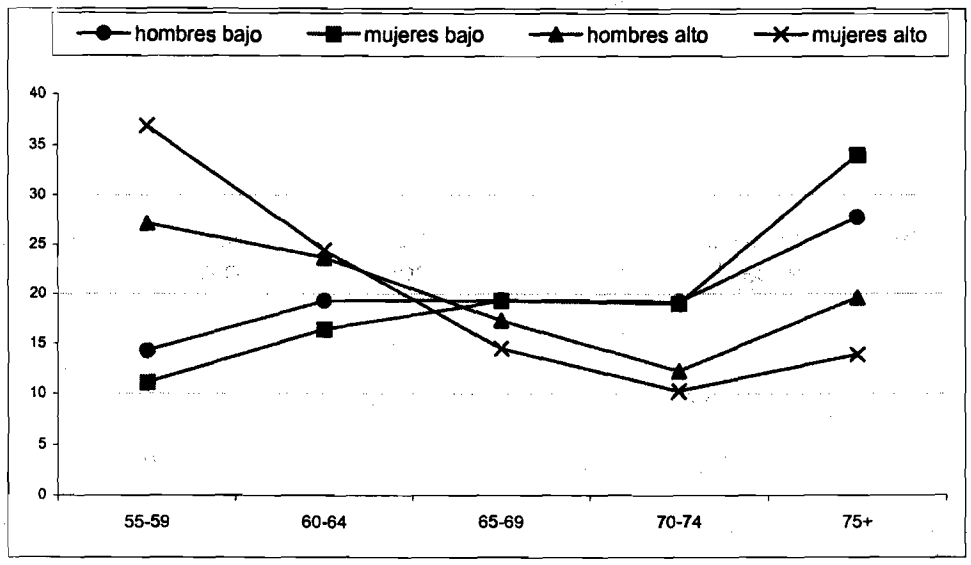
Sexo y grupos de edades	Total	Nivel educativo			
		Bajo	Medio bajo	Medio alto	Alto
Total	**100.0**	**35.8**	**50.9**	**7.7**	**5.6**
55 a 59 años	100.0	22.7	57.4	10.8	9.1
60 a 64 años	100.0	30.7	54.2	8.5	6.6
65 a 69 años	100.0	35.8	51.3	8.2	4.7
70 a 74 años	100.0	40.6	49.3	6.3	3.8
75 años y más	100.0	47.7	43.2	5.0	4.1
Hombres	**100.0**	**35.8**	**50.7**	**5.9**	**7.6**
55 a 59 años	100.0	23.8	57.9	8.7	9.6
60 a 64 años	100.0	31.7	54.9	5.2	8.2
65 a 69 años	100.0	35.6	51.4	6.3	6.7
70 a 74 años	100.0	41.1	49.3	4.1	5.5
75 años y más	100.0	48.4	39.9	4.5	7.2
Mujeres	**100.0**	**35.8**	**50.9**	**9.0**	**4.3**
55 a 59 años	100.0	21.7	57.0	12.6	8.7
60 a 64 años	100.0	29.9	53.7	11.1	5.3
65 a 69 años	100.0	35.9	51.5	9.4	3.2
70 a 74 años	100.0	40.2	49.4	7.8	2.6
75 años y más	100.0	47.4	45.0	5.3	2.3

Fuente: CEPAL, Oficina de Montevideo, en base a la Encuesta Continua de Hogares del INE, 1999.

Las diferencias que se observan entre los porcentajes correspondientes a las edades extremas evidencian la evolución del sistema educativo en el país, principalmente a partir de la década de los años treinta.

Las desigualdades de género en el país, en las cohortes de edades avanzadas que se manifiestan con mayor intensidad en el nivel educativo alto van gradualmente desapareciendo. El mayor acceso de las mujeres al sistema educativo, uno de los logros más importantes de este siglo, se refleja en la distribución de los niveles extremos por edades de las mujeres. Como puede verse en el Gráfico 24, las que poseen nivel superior se concentran en un porcentaje que alcanza al 37% entre los 55 y 59 años, para luego decaer aceleradamente hasta situarse en un 10%. Como contrapartida, las que tienen un nivel bajo muestran una distribución inversa, representando el 11% las de entre 55 y 64 años y un 34% las de 75 años y más. Para los varones, si bien la tendencia es similar, se reparte más equitativamente entre los 55 y 69 años.

Gráfico 24
Distribución por grupos de edades de la población encuestada con niveles educativos bajo y alto, según sexo (%)



Fuente: CEPAL, Oficina de Montevideo, en base a la Encuesta Continua de Hogares del INE, 1999.

El análisis según el área geográfica de residencia muestra que la población encuestada no es homogénea en cuanto a las características educativas. La población con nivel educativo bajo presenta en el Interior urbano, un porcentaje que más que duplica al de Montevideo (51% contra 24%). Esta desigualdad se acentúa en las edades mayores (75 años y más) donde los porcentajes alcanzan respectivamente al 69% y al 33% para el Interior urbano y Montevideo. Por su parte, el porcentaje de la población con nivel educativo alto en Montevideo supera en algo más de cuatro veces al correspondiente del Interior urbano (8.6% y 2.1%, respectivamente).

La población de cada sexo muestra asimismo diferentes características según estas áreas. Así, la proporción que representan en Montevideo, las mujeres de 55 años y más de edad, con niveles educativos medio alto y alto en conjunto, más que duplica a la de sus pares del Interior urbano (28.2 % contra 12.8%).

b. La actividad económica después de los 55 años

A partir de los 55 años de edad, la participación en actividades económicas comienza a tener un fuerte retroceso, en lo que constituye la contracara del proceso de acercamiento a la llamada edad de retiro.

Los datos del Cuadro 66 confirman esta tendencia, que se manifiesta tanto para hombres como para mujeres. Cabe agregar que hasta los 54 años de edad, la tasa de actividad de los varones se sitúa por encima del 90% y la correspondiente a las mujeres supera el 60%. La participación de hombres y mujeres se mantiene para todas las edades más elevada en Montevideo que en el Interior urbano.

Cuadro 66
Tasas de actividad de la población urbana de 55 años y más de edad por área geográfica de residencia y sexo, según grupos de edades

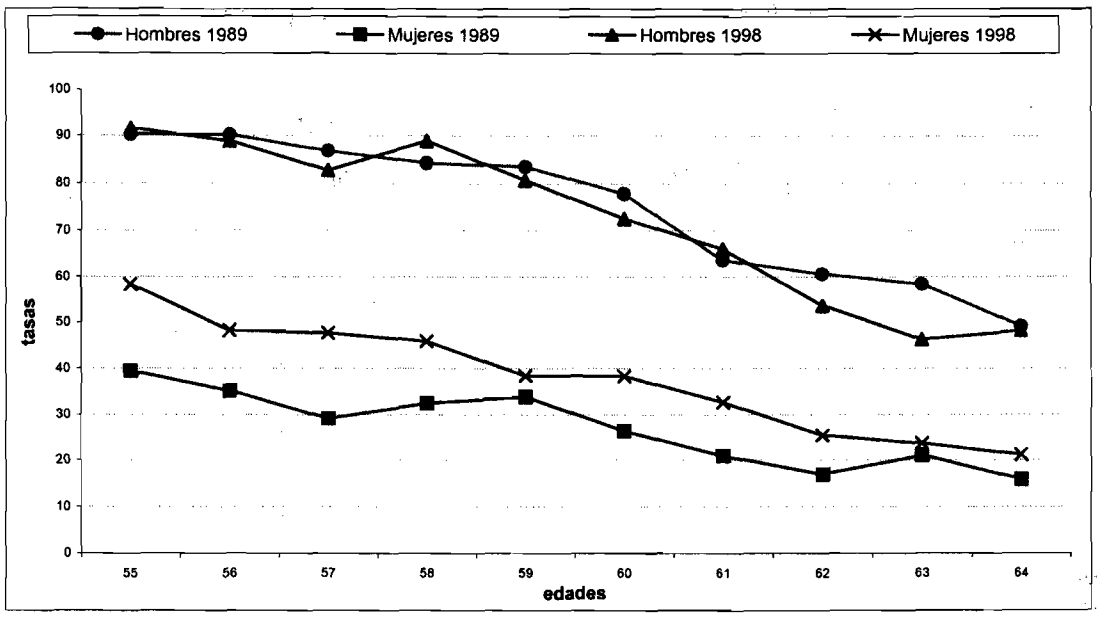
Grupos de edades	Total		Montevideo		Interior urbano	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Total	**41.0**	**18.5**	**41.9**	**19.9**	**39.9**	**16.8**
55 a 59 años	86.6	47.8	86.0	50.6	85.2	44.2
60 a 64 años	57.7	28.4	58.9	31.6	56.9	24.2
65 a 69 años	30.1	13.4	32.8	14.8	26.8	11.6
70 a 74 años	17.0	7.1	19.2	8.0	14.7	6.0
75 años y más	5.7	1.8	5.8	2.1	5.7	1.4

Fuente: CEPAL, Oficina Montevideo, en base a datos de la Encuesta Continua de Hogares del INE, 1998.

En el contexto de una fase de rápidas transformaciones, las mujeres revelan asimismo un comportamiento novedoso en cuanto al aumento de su participación en las edades jóvenes, entre los 55 y los 64 años. Aunque las tasas de actividad femeninas son difíciles de interpretar a través de datos transversales sucesivos, igualmente permiten visualizar el fenómeno de su mayor participación en la actividad económica.

En el Gráfico 25 puede apreciarse claramente el aumento de las tasas femeninas entre los 55 y 64 años de edad, en el intervalo de los últimos nueve años. Por su parte, la actividad masculina no muestra variaciones importantes en el intervalo considerado, a excepción de una reducción significativa entre los 60 y 64 años de edad.

Gráfico 25
Tasas de actividad por sexo entre los 55 y 64 años de edad. Años 1989 y 1998.



Fuente: CEPAL, Oficina de Montevideo, en base a datos de la Encuesta Continua de Hogares del INE, años 1989 y 1998.

Más allá del aumento de las tasas de actividad femenina entre los 55 y 64 años, se observa también una tendencia creciente de éstas entre los 65 y 74 años. La información que se presenta en el Cuadro 67 para cuatro años seleccionados, evidencia este fenómeno poco común para esas edades, especialmente entre los 70 y 74 años.

Las razones que explicarían este aumento de la participación de mujeres adultas mayores son numerosas y no se relacionan solamente con el ingreso de cohortes más activas y educadas en virtud de lo cual retardarían el retiro, sino con otro tipo de circunstancias condicionadas por factores económicos. En general, la cesación del trabajo habitual conlleva una reducción del ingreso, que en el caso de las mujeres se traduce en una jubilación muy inferior a la de los varones, en virtud de la discriminación salarial durante el período activo. Una forma de salvar esta situación puede ser la del desarrollo de una nueva actividad económica o la de reducir la intensidad de trabajo en la misma.

Otras razones que pueden explicar este comportamiento se asocian a situaciones frecuentes en esta etapa de vida como la reducción del tamaño del hogar, ya sea por la salida de los hijos o por pérdida del cónyuge. También está presente el riesgo de enfermedad del cónyuge o de otro miembro del hogar, lo que motiva mayores gastos en salud y hace necesaria la búsqueda de ingresos adicionales.

Cuadro 67
Evolución de las tasas específicas de actividad de la población urbana por grupos de edades, según área geográfica de residencia y sexo. Años 1983, 1991, 1995 y 1998.

Área geográfica, sexo y año		Grupos de edades		
		60 a 64 años	65 a 69 años	70 a 74 años
Montevideo				
Hombres	1998	58.4	32.8	19.2
	1995	60.5	39.6	19.5
	1991	64.4	36.8	15.4
	1983	53.4	30.9	20.1
Mujeres	1998	31.6	14.8	8.0
	1995	28.4	16.7	7.2
	1991	26.2	11.6	5.6
	1983	19.8	10.7	4.9
Interior Urbano				
Hombres	1998	56.9	26.8	14.7
	1995	59.0	30.3	13.3
	1991	53.4	28.8	13.4
	1983	42.9	23.3	11.4
Mujeres	1998	24.2	11.6	6.0
	1995	19.6	9.4	4.6
	1991	17.5	10.1	4.7
	1983	12.8	7.4	1.9

Fuente: INE, 1983 a 1995. Para 1998, elaborados por CEPAL, Oficina de Montevideo, en base a la Encuesta Continua de Hogares 1998 del INE.

La información que aportan las respuestas a dos preguntas formuladas por la encuesta ENEVISA, acerca del gusto por trabajar y los motivos para hacerlo, permiten incorporar algunos nuevos elementos a la explicación del comportamiento antes mencionado.

El 70% de la población encuestada que trabaja manifiesta que, de poder elegir, preferiría seguir trabajando. En las edades en que todavía la participación es alta (55 a 64 años), hombres y mujeres se inclinan también en igual porcentaje por esta preferencia. La opinión difiere en el grupo de 65 años y más, donde el 80% de los varones prefiere seguir trabajando, pero solamente algo más de la mitad de las mujeres se encuentra en esta situación.

Interrogada la población ocupada acerca de si el motivo por el cual trabaja es obtener un ingreso o no permanecer inactivo, en similar porcentaje (90%), hombres y mujeres indicaron el primero.

Al relacionar la preferencia por seguir o no trabajando, con el motivo por el cual trabajan se obtuvieron los resultados que se muestran en el Cuadro 68. Las opiniones resultan bastante uniformes entre hombres y mujeres, por cuanto la mayoría de los que trabajan, al margen de su preferencia por hacerlo, lo realizan para cubrir o reforzar el presupuesto del hogar. Sin embargo, la situación emocional seguramente no es la misma entre los que lo hacen a disgusto y los que les gusta hacerlo. Entre aquellos que si pudieran elegir, no seguirían trabajando, el porcentaje de mujeres que indican como motivo la necesidad de cubrir o reforzar el presupuesto del hogar es levemente más alto que entre los hombres (88% y 84%, respectivamente).

Cuadro 68
Motivo para trabajar indicado por la población encuestada que trabaja, según sexo y preferencia por seguir haciéndolo (%)

Preferencia por seguir trabajando	Motivo por el cual trabaja				
	Total	Obtener un ingreso			Para no permanecer inactivo
		Cubrir o reforzar el presupuesto del hogar	Pagar sus propios gastos y vivir en forma independiente	Ayudar a familiares que viven con el encuestado	
Total	**100.0**	**80.2**	**7.4**	**2.1**	**10.3**
Sí	100.0	77.8	7.3	1.2	13.7
No	100.0	85.5	7.6	4.2	2.7
Hombres	**100.0**	**82.6**	**5.0**	**2.0**	**10.4**
Sí	100.0	82.1	4.1	0.7	13.1
No	100.0	83.6	7.6	5.5	3.3
Mujeres	**100.0**	**75.9**	**11.5**	**2.3**	**10.3**
Sí	100.0	69.5	13.6	2.3	14.6
No	100.0	88.1	7.5	2.3	2.1

Fuente: CEPAL, Oficina de Montevideo, en base a datos de ENEVISA 1999.

Entre los restantes motivos indicados, adquiere particular significación el porcentaje de mujeres que prefiere seguir trabajando para poder mantener su independencia económica, el cual más que duplica el de los varones. Por último, es interesante destacar que un 10% de la población encuestada que trabaja, lo hace por mantenerse activo, independientemente que su preferencia sea seguir o no trabajando.

En el marco de la situación descripta, principalmente de aquella relacionada con las mujeres, cabe preguntarse por el estrato ocupacional donde se desempeñan, así como por la relación de dependencia en que lo hacen. Al respecto, en el Cuadro 69 se presenta la distribución por estrato de ocupación de la población urbana ocupada de 55 años y más, según sexo y grupos de edades.

Se consideran tres estratos de ocupación: el estrato alto comprende a profesionales y técnicos, incluidos profesores y maestros; el estrato medio a gerentes, administradores, empleados de oficinas, comerciantes y vendedores, y el estrato bajo a operarios calificados y no calificados, y a los trabajadores de servicios personales.

Cuadro 69
Distribución por estrato de ocupación de la población urbana ocupada de 55 años y más de edad, según sexo y grupos de edades (%)

Sexo y estrato de ocupación	Grupos de edades			
	55 a 59 años	60 a 64 años	65 a 69 años	70 a 74 años
Hombres	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**
Alto	6.2	7.0	9.2	6.9
Medio	30.9	32.6	34.1	29.3
Bajo	62.9	60.4	56.7	63.8
Mujeres	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**
Alto	18.5	13.1	11.8	12.3
Medio	29.7	26.7	21.9	21.5
Bajo	51.8	60.2	66.3	66.2

Fuente: CEPAL, Oficina de Montevideo, en base a datos de la Encuesta Continua de Hogares 1998, INE.

La mayor parte de la población urbana ocupada de 55 años y más de edad se ubica en el estrato bajo, cualquiera sea el sexo y el grupo de edad que se considere. A medida que se avanza desde los grupos de edades más jóvenes hacia los de edades más altas, la participación de los distintos estratos varía en forma significativa, evidenciando importantes diferencias entre uno y otro sexo. Ello sugiere la existencia de comportamientos diferenciados por sexo y estratos de ocupación, en relación a la edad en que cesa la actividad laboral o, eventualmente, se produce un cambio en el estrato de referencia. Mientras para las mujeres se observa una persistente pérdida de participación de los estratos alto y medio, y un consecuente fuerte incremento del peso del estrato bajo, en torno a los 60 años de edad y que continúa hasta los 69 años, entre los hombres las variaciones resultan mucho menos relevantes, denotando en cambio un leve incremento de la participación de los estratos alto y medio hasta los 69 años y el retorno a una estructura muy similar a la inicial entre los 70 y 74 años.

Otro hecho a destacar se relaciona con el porcentaje de mujeres en el estrato alto, el cual para todas las edades es más elevado que el correspondiente a los varones,

pero que en los grupos de edades extremas considerados adquiere mayor significación.

La distribución de la población ocupada según la categoría de la ocupación muestra, a medida que avanza la edad, una participación creciente de los trabajadores por cuenta propia en el caso de los varones, y de éstos y de los que trabajan sin remuneración -tengan o no un vínculo familiar- en el caso de las mujeres.

Cuadro 70
Distribución por categoría de la ocupación de la población urbana ocupada de 55 años y más de edad, según sexo y grupos de edades (%)

Sexo y categoría de la ocupación	Grupos de edades			
	55 a 59 años	60 a 64 años	65 a 69 años	70 a 74 años
Hombres	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**
Empleados	65.9	52.8	37.5	35.2
Patrones	9.1	11.8	17.7	14.7
Cuenta propia	24.9	34.4	43.1	46.7
No remunerados	0.1	1.0	1.7	3.4
Mujeres	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**
Empleados	67.0	59.4	56.8	53.5
Patrones	4.1	4.8	2.8	3.5
Cuenta propia	25.8	31.0	36.5	30.5
No remunerados	3.1	4.8	3.9	12.5

Fuente: CEPAL, Oficina de Montevideo, en base a datos de la Encuesta Continua de Hogares 1998, INE.

4. Vivienda

La condición de tenencia de la vivienda en que residen, y en particular la situación jurídica respecto a ella, adquiere especial relevancia para las personas en las edades investigadas, sobre todo en una sociedad que tradicionalmente ha explicitado como uno de sus principales objetivos, el de alcanzar la vivienda propia.

Aparte de la seguridad y satisfacción que brinda a estas personas la propiedad de la vivienda en que residen, ella constituye también de hecho, en muchos casos, el único capital (activo físico realizable) que poseen. Dado que la información que genera tanto el Censo de Población y Vivienda, como la Encuesta Continua de Hogares, tiene la limitación de referir la tenencia de la vivienda al hogar y suponer que la persona reconocida como jefe es el propietario, la encuesta ENEVISA permite -por primera vez- atribuir en forma precisa la condición de propiedad, independientemente de que el encuestado sea o no el jefe del hogar.

Los resultados de la investigación realizada que se presentan en el Cuadro 71, permiten constatar que el 74% de la población de 55 años y más de edad son propietarios de la vivienda que habitan. De los mismos, el 88% la tienen totalmente paga y solamente un 12% la están pagando.

Cuadro 71
Condición de tenencia de la vivienda en que reside la población encuestada, según sexo y grupos de edades (%)

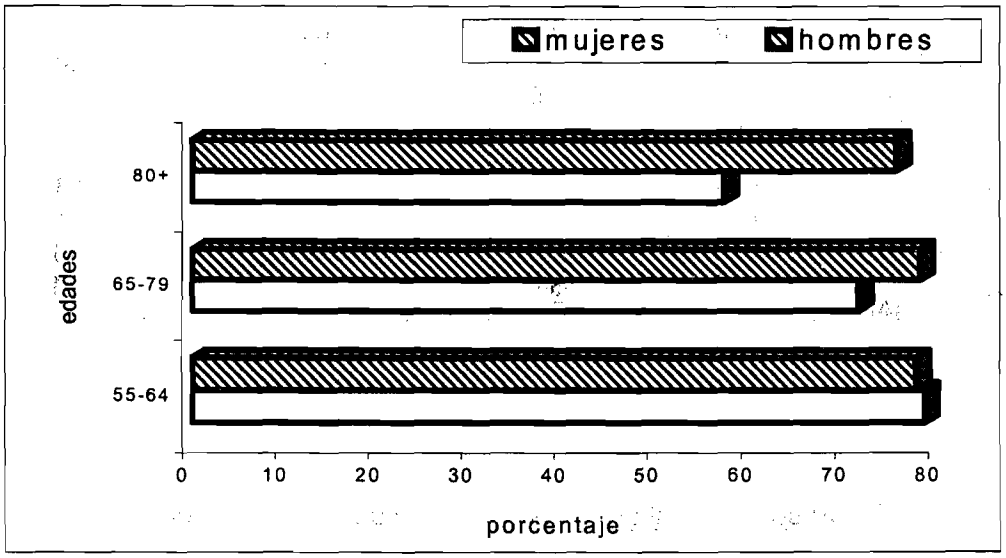
Sexo y grupos de edades	Total	Condición de tenencia de la vivienda en que reside							
		En propiedad					Propiedad de otro miembro del hogar	Alquilada	Cedida por otro familiar
		1	2	3	4	Sub-total			
Total	**100.0**	**59.7**	**6.8**	**5.6**	**2.3**	**74.4**	**6.3**	**11.5**	**7.8**
55 a 64 años	100.0	61.7	9.2	4.6	2.6	78.1	2.8	11.5	7.6
65 a 79 años	100.0	60.6	6.0	5.8	1.7	74.1	7.7	10.9	7.3
80 y más años	100.0	49.3	2.5	8.0	3.4	63.2	12.3	14.1	10.4
Hombres	**100.0**	**65.9**	**7.5**	**3.1**	**1.1**	**77.6**	**3.6**	**12.3**	**6.5**
55 a 64 años	100.0	61.1	11.8	3.0	1.8	77.7	2.8	12.4	7.1
65 a 79 años	100.0	71.3	4.0	2.3	0.4	78.0	4.7	12.5	4.8
80 y más años	100.0	61.6	4.8	7.6	1.6	75.6	1.8	10.8	11.8
Mujeres	**100.0**	**55.1**	**6.4**	**7.4**	**3.1**	**72.0**	**8.3**	**10.9**	**8.8**
55 a 64 años	100.0	62.2	7.1	6.0	3.3	78.6	2.8	10.6	8.0
65 a 79 años	100.0	53.4	7.4	8.2	2.5	71.5	9.7	9.8	9.0
80 y más años	100.0	43.1	1.5	8.2	4.4	57.2	17.4	15.7	9.7

1: propiedad del entrevistado y de su cónyuge, y ya la pagó
2: propiedad del entrevistado y de su cónyuge, y la está pagando
3: propiedad del entrevistado y de otro familiar, y ya la pagó
4. propiedad del entrevistado y de otro familiar, y la está pagando
Fuente: CEPAL, Oficina de Montevideo, en base a datos de ENEVISA 1999.

El porcentaje de propietarios decrece con la edad y lo hace de forma más acentuada para las mujeres (Gráfico 26); entre los 55 y 64 años el 78% de los varones y el 79% de las mujeres son dueños de la vivienda en que residen, pero al llegar y sobrepasar los 80 años dichos porcentajes disminuyen a 76% y 57% para hombres y mujeres, respectivamente. Este comportamiento podría estar motivado en gran medida por las diferentes actitudes que adoptan hombres y mujeres frente a la viudez. Mientras los varones vuelven a casarse o permanecen solos hasta el final de su vida, las mujeres tienden a vivir con sus hijos. En este último caso, si las personas se

movilizan a la vivienda de sus hijos, aunque continúen siendo propietarios, no lo son de la vivienda en que residen. Ello explicaría el significativo aumento del porcentaje de mujeres de 80 años y más de edad que residen en viviendas que son propiedad de otro miembro del hogar o alquiladas.

Gráfico 26
Porcentaje de propietarios según grupos de edades



Fuente: CEPAL, Oficina de Montevideo, en base a datos de ENEVISA 1999.

El 9% de las mujeres y el 7% de los varones encuestados habitan en viviendas cedidas, que son propiedad de un familiar. Esta condición aumenta con la edad, pero mientras para la población femenina el cambio es limitado y gradual, para la masculina es sumamente brusco y elevado a partir de los 80 años.

Siempre y cuando se pueda disponer de su venta en forma inmediata, la propiedad de la vivienda constituye un mecanismo de acceso a un capital realizable. En este sentido, las tres cuartas partes de los propietarios que no comparten la tenencia con otro familiar están en esas condiciones. El porcentaje es, en todas las edades consideradas, algo mayor para los propietarios varones que para las mujeres (81% y 71%, respectivamente).

Respecto a los encuestados que residen en viviendas arrendadas, la encuesta indagó acerca de la fuente que provee el dinero para el pago del alquiler: 76% lo paga totalmente con sus ingresos, 17% recibe ayuda para pagarlo y un 7% declara que proviene totalmente de otras personas. El sexo y la edad marcan algunas diferencias. Las mujeres tienen una mayor dependencia económica para el pago del alquiler a medida que aumenta la edad, en cambio para los varones la situación se invierte.

Cuadro 72
Fuente del alquiler entre la población encuestada que arrienda la vivienda en que reside, según sexo y grupos de edades (%)

Sexo y grupos de edades	Fuente del alquiler			
	Total	Totalmente de ingresos propios	Parcialmente de ingresos propios	Totalmente de otras personas
Hombres	**100.0**	**84.5**	**11.0**	**4.5**
55 a 64 años	100.0	76.5	16.7	6.8
65 a 79 años	100.0	91.9	5.0	3.1
80 y más años	100.0	85.5	14.5	-
Mujeres	**100.0**	**68.7**	**21.9**	**9.4**
55 a 64 años	100.0	73.9	19.5	6.6
65 a 79 años	100.0	70.8	22.2	7.0
80 y más años	100.0	55.3	25.6	19.1

Fuente: CEPAL, Oficina de Montevideo, en base a datos de ENEVISA 1999.

5. Ingresos

a. El ingreso personal de la población encuestada y su composición

El ingreso personal promedio de la población encuestada por la ENEVISA asciende a $ 5.956 (pesos uruguayos de marzo-mayo de 1999), equivalentes a aproximadamente 570 dólares. Para los residentes en Montevideo es de $ 7.423, en tanto que para los residentes en el Interior urbano es de $ 4.352. A su vez, el ingreso de las mujeres representa algo menos de la mitad del de los varones, presentando desigualdades entre los grupos de edades (ver Cuadro 73).

Para los hombres, el ingreso del grupo de 55 a 64 años resulta superior al del resto, lo cual es atribuible al tránsito de la actividad laboral al retiro, cuya edad mínima legal para esas generaciones es 60 años. Cabe recordar que la tasa de actividad masculina cae fuertemente luego de los 65 años. Ello a su vez se refleja en la composición del ingreso personal, en el que las percepciones de la seguridad social -básicamente jubilaciones- representan solamente el 20% de los ingresos para los menores de 65 años, pero alcanzan el 74% para las edades mayores (ver Cuadro 74). Como contrapartida, las remuneraciones del trabajo responden por el 71% y 13% del ingreso personal de cada grupo, respectivamente.

Para las mujeres, en cambio, los mayores ingresos se registran en el grupo de 65 a 79 años. Dado que la tasa de actividad para las mujeres menores de 65 años es relativamente baja debido tanto a la menor intensidad de la incorporación al mercado de trabajo de las mujeres de esas generaciones como a su temprana edad de retiro legal (55 años), las razones indicadas para explicar el descenso del ingreso de los

hombres se amortiguan para las mujeres. Por otra parte, el más alto ingreso observado en el grupo de 65 a 79 años podría relacionarse con la mayor probabilidad de las mujeres de percibir pensiones de sobrevivencia[23] o pensiones por vejez, lo que tendría como consecuencia el aumento del ingreso personal de aquellas que nunca trabajaron.

Cuadro 73
Ingreso personal promedio de la población encuestada, según área geográfica de residencia, sexo y grupo de edades (en pesos uruguayos de marzo-mayo de 1999).

Área geográfica y sexo	Total	55 a 64	65 a 79	80 y más
Total urbano	**5.956**	6.755	**5.552**	**4.993**
Hombres	8.459	10.034	7.276	7.142
Mujeres	4.170	3.973	4.381	3.946
Montevideo	**7.423**	**8.544**	**6.805**	**6.193**
Hombres	10.714	12.723	8.987	9.619
Mujeres	5.106	4.946	5.366	4.620
Interior urbano	**4.352**	**4.744**	**4.205**	**3.711**
Hombres	6.033	6.959	5.502	4.704
Mujeres	3.135	2.895	3.294	3.196

Fuente: CEPAL, Oficina de Montevideo en base a datos de ENEVISA 1999.

Cuadro 74
Participación de las distintas fuentes en el ingreso personal de la población encuestada, según sexo y grupos de edades (en %)

Fuentes de ingreso	Hombres		Mujeres		Total	
	55 a 64	65 y más	55 a 64	65 y más	55 a 64	65 y más
Trabajo	70.8	13.0	34.1	3.6	59.1	8.5
Capital	6.3	8.0	8.9	4.4	7.2	6.3
Pasividades	20.3	74.1	49.7	85.2	29.6	79.4
Subsidios (1)	2.6	4.9	7.3	6.8	4.1	5.8
	100.0	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**

(1) Los subsidios comprenden las contribuciones del Estado y de otros hogares.
Nota: Dado que la composición de ingresos del grupo de 65 a 79 años y del grupo de 80 años y más resulta similar, su información se presenta en forma agregada.
Fuente: CEPAL, Oficina de Montevideo en base a datos de ENEVISA 1999.

Al igual que lo que sucede con los hombres, el comportamiento de las mujeres frente al mercado de trabajo explica la composición de su ingreso personal. Las

[23] La pensión de sobrevivencia consiste en una prestación a las personas con un vínculo directo de parentesco con un fallecido, ausente o desaparecido, que deben cumplir ciertas condiciones que reflejen dificultades de manutención. La combinación de las distintas esperanzas de vida y diferentes ingresos entre sexos explica que los beneficiarios de estas pensiones sean mayoritariamente mujeres.

remuneraciones del trabajo tienen una incidencia menor que en el caso de los hombres, observándose que su principal fuente de ingresos proviene de pasividades. En efecto, éstas responden por el 50% del ingreso de las mujeres menores de 65 años y por el 85% de las de 65 años y más de edad, originándose la tercera parte de ellas en pensiones.

Cabe mencionar que los ingresos por capital representan un 6.7% de los ingresos de la población encuestada, no detectándose diferencias relevantes entre edades y sexo. Asimismo, los subsidios responden por alrededor del 5% del ingreso, siendo su importancia algo mayor para las mujeres. El origen de estos subsidios difiere también entre sexos: para las mujeres, el 85% proviene de contribuciones de otros hogares, en tanto que para los hombres las dos terceras partes procede del sector público.

Por último, a pesar de las diferencias en los niveles de ingreso entre Montevideo y el Interior urbano, la composición del ingreso por grupos de edades y sexo es relativamente similar en ambas áreas geográficas.

b. Importancia del ingreso personal de la población encuestada en el hogar y ubicación en la distribución del ingreso

Las personas transitan por distintos tipos de hogar a lo largo de su vida. El patrón mayoritario de la población consiste en que el envejecimiento se acompañe de la salida de los hijos del hogar de origen y, por lo tanto, de la constitución de parejas solas. Más adelante, la viudez -fundamentalmente femenina- incide en la formación de hogares unipersonales. Así, mientras porcentajes similares de la población encuestada de 55 años y más de edad conforma hogares unipersonales y vive en pareja en aproximadamente un 23% en cada caso, dichos porcentajes se elevan respectivamente al 28% y 24% si se toma en cuenta únicamente a las personas de 65 años y más.

Con el propósito de analizar la importancia del ingreso de la población encuestada en el ingreso del hogar, se elaboró el Cuadro 75. Dadas las características metodológicas de la ENEVISA, se tomó en cuenta no sólo el ingreso del encuestado, sino también el del resto de los miembros del hogar de pertenencia cuyas edades estuvieran comprendidas en la población objetivo, para los que se adoptaron dos patrones referenciales de edad (55 años y más, y 65 años y más, respectivamente). En los hogares unipersonales -por definición- coinciden el ingreso personal y el del hogar, en tanto que en los hogares constituidos por parejas, el ingreso de la población objetivo representa la casi totalidad del ingreso del hogar (95% cuando se considera los de 55 años y más, y entre el 87% y el 95%, cuando se considera los de 65 años y más). Para los restantes tipos de hogares que combinan en diversa medida ingresos provenientes de diferentes generaciones, los valores resultantes se sitúan en torno al 59% cuando se considera la población de 55 años y más, y entre el 49% y el 55% cuando se considera los de 65 años y más.

Para el conjunto de la población objetivo, la participación de su ingreso en el ingreso total del hogar se mantiene relativamente estable en torno al 75%, aún al variar la edad de referencia, lo que se explica por las diferentes composiciones por tipo de hogar. Asimismo, las diferencias según las áreas geográficas de residencia no resultan importantes, aunque la participación es levemente mayor en el Interior urbano que en Montevideo.

Cuadro 75
Participación del ingreso de la población objetivo [1] en el ingreso total del hogar por tipo de hogar, según áreas geográficas de residencia y grupo de edad del encuestado (en %)

Tipos de hogar	Montevideo		Interior		Total urbano	
	55 y más años	65 y más años	55 y más años	65 y más años	55 y más años	65 y más años
Unipersonal	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Pareja	95.2	95.4	95.4	86.6	95.3	91.1
Otros	58.1	49.1	60.7	54.9	59.3	51.8
Total	**75.1**	**73.5**	**78.9**	**76.4**	**76.9**	**74.9**

[1] La participación se calculó para los hogares en que viven las personas encuestadas, tomando en cuenta no solamente el ingreso del encuestado sino también el del resto de los miembros del hogar en edad de la población objetivo. El ingreso incluye las contribuciones de otros hogares y excluye el valor locativo.
Fuente: CEPAL, Oficina de Montevideo en base a datos ENEVISA 1999.

Otro aspecto que resulta de interés analizar en relación con la población objetivo es el de su ubicación en relación a la distribución del ingreso del total de la población urbana. El Cuadro 76 muestra dicha distribución por quintiles, ordenada por el ingreso per cápita de su hogar de pertenencia. Se observa claramente que a medida que se avanza hacia los quintiles de mayor ingreso, aumenta la proporción de la población encuestada. Ello estaría reflejando una concentración de las personas de 55 años y más en los quintiles de mayores ingresos, dado que más de la mitad de las mismas se ubica en los quintiles más altos (4 y 5), en tanto que menos de la cuarta parte de ellas se ubica en los quintiles más pobres (1 y 2). Algunos trabajos coinciden en plantear que la modificación del mecanismo de ajuste del monto de las pasividades, introducida mediante la reforma de la Constitución en 1989, tuvo efectos sobre la distribución del ingreso en el sentido de un desplazamiento de los hogares con pasivos hacia deciles superiores[24], por lo que esta situación habría sido diferente en los años ochenta.

[24] Ver, por ejemplo, "Incidencia de la reforma en el mecanismo de ajuste de las pasividades de 1990 sobre la distribución del ingreso de los hogares. Uruguay: 1986-1997". Alina Machado e Ileana Reggio, trabajo monográfico, Facultad de Ciencias Económicas y de Administración, abril de 1999.

Cuadro 76
Distribución de la población por quintiles de ingreso per cápita del hogar, sin valor locativo, según grupos de edades (en %).

	Menos de 55 años	Entre 55 y 64 años	Entre 65 y 79 años	80 años y más
Quintil 1	23.8	10.4	6.4	5.2
Quintil 2	21.3	15.7	16.1	14.1
Quintil 3	19.2	21.7	22.8	24.6
Quintil 4	18.1	22.3	28.1	30.3
Quintil 5	17.5	29.9	26.7	25.8
	100.0	**100.0**	**100.0**	**100.0**

Fuente: CEPAL, Oficina de Montevideo en base a datos ENEVISA 1999.

Por último, si se consideran los distintos grupos de edades, la relación entre la proporción de personas en el quintil más rico y en el más pobre es de 3, 4 y 5 veces aproximadamente, para los grupos de edades entre 55 y 64 años, entre 65 y 79 años y de 80 años y más, respectivamente. Ello contrasta claramente con la situación de la población menor de 55 años, para la cual dicha relación es menor a uno.

6. Capital social

a. Situación conyugal

La sobremortalidad masculina y la diferente historia demográfica pautada por la desigualdad de edades al casarse (los hombres se casan con mujeres más jóvenes y tienen una mayor posibilidad de volver a vivir en pareja[25]), son algunos de los factores determinantes de la desigual situación conyugal entre los sexos durante la etapa del envejecimiento.

Como puede verse en el Cuadro 77, entre la población de 55 a 64 años, la proporción de hombres que tiene cónyuge es 31 puntos porcentuales más alto que la correspondiente a las mujeres (82,2% y 51,5%, respectivamente). La desigualdad se acentúa intensamente a medida que avanza la edad; entre la población de 65 a 79 años, dichos porcentajes son de 76.3% para los hombres y 23.1% para las mujeres, alcanzando en las edades más avanzadas (80 años y más) valores de 51.4% y 4.7%, respectivamente.

[25] Solamente la mitad de los varones de 65 años y más de edad que se casan lo hacen con mujeres pertenecientes a este mismo grupo etario; asimismo, reingresan al estado matrimonial en un porcentaje mayor que las mujeres (81% y 74%, respectivamente), según cálculos realizados en base a las estadísticas de matrimonio publicadas por el INE.

Se destaca asimismo que el descenso de la mortalidad se traduce en una constante regresión de la viudez, principalmente femenina, a cada edad a lo largo del tiempo, que más que compensa el envejecimiento interno de la población adulta mayor. Como dato referente puede citarse la evolución de las tasas de viudez femenina en los últimos 20 años, para algunas edades de acuerdo a datos censales: entre los 60 y 69 años la tasa pasa de 31.0 % en 1975 a 26.2% en 1996, en tanto la correspondiente al grupo 70-79 pasa de 52.1% a 48.3%. Al mismo tiempo, el peso de la población femenina de dichas edades sobre el total de mujeres de 60 años y más, pasa de 54% a 48% en el primer caso y de 32.5% a 33.4% en el segundo.

Se sostiene habitualmente que la presencia de cónyuge, junto con las redes de apoyo, constituye un factor de bienestar y seguridad especialmente en las edades adultas avanzadas. De ser así, las mujeres se encuentran en situación de desventaja: los hombres permanecen con cónyuge en porcentajes más elevados que las mujeres, aún a las edades más avanzadas en que los contrastes son muy fuertes; porcentualmente del total de personas en cada edad que no tienen cónyuge (solteros, viudos, divorciados y separados) la mayoría son mujeres; del total de personas sin cónyuge la mayoría son viudos; del total de viudos el 86% son mujeres.

Cuadro 77
Situación conyugal de la población encuestada, según grupos de edades y sexo.

Grupos de edades y sexo	Total	Casados o unidos	Divorciados o separados	Viudos	Solteros
Total	**100.0**	**76.4**	**6.4**	**10.8**	**6.4**
55 a 64					
Hombres	100.0	82.2	6.6	5.4	5.8
Mujeres	100.0	51.5	15.0	24.9	8.6
65 a 79					
Hombres	100.0	76.3	6.9	9.9	6.9
Mujeres	100.0	23.1	12.0	56.9	8.0
80 años y más					
Hombres	100.0	51.4	3.4	39.0	6.2
Mujeres	100.0	4.7	5.9	77.8	11.6

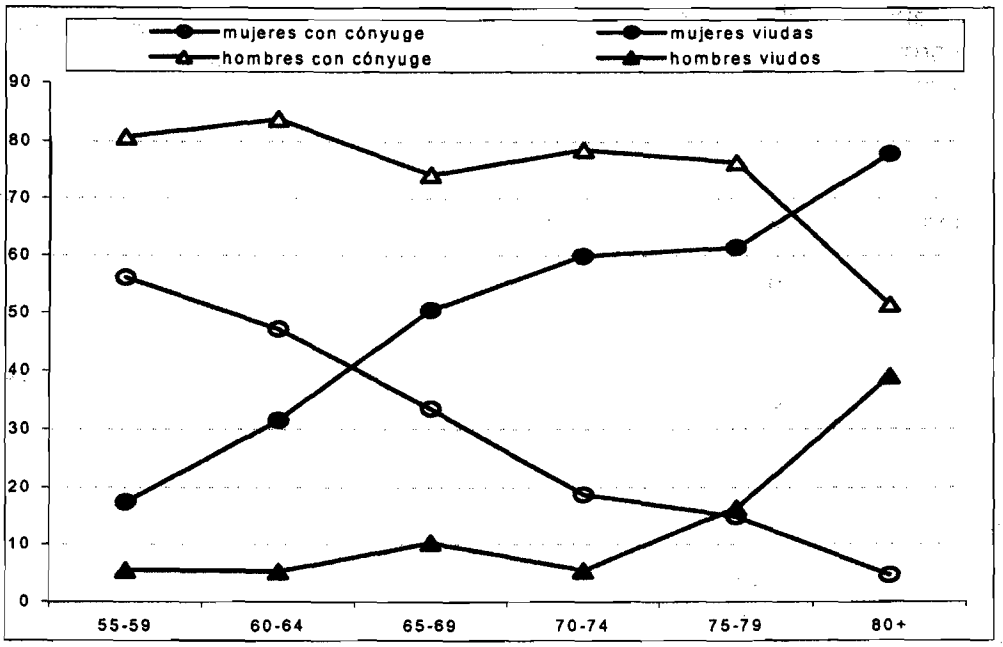
Fuente: CEPAL, Oficina de Montevideo, en base a datos de ENEVISA 1999.

El Gráfico 27 muestra cómo evolucionan conforme avanza la edad, las proporciones que representan en el total de cada sexo los que tienen cónyuge y los viudos. El comportamiento es similar en cuanto a la tendencia general, ya que a medida que aumenta la edad la proporción de casados disminuye y paralelamente aumenta la de viudos, pero las diferencias entre los sexos se sitúan en el punto de partida y en la intensidad del proceso. Resulta interesante observar las edades en que para cada sexo se equilibran los porcentajes de personas en una y otra situación; entre las mujeres dicha edad se ubica en torno de los 65 años, en tanto que para los

hombres aún en el intervalo abierto de 80 años y más, los casados representan el 51,4%, en tanto los viudos sólo alcanzan el 39%.

A nivel de las áreas geográficas de residencia, las disparidades observadas son similares a las prevalecientes para el total urbano, manteniéndose la desigualdad de género en forma más acentuada para Montevideo, especialmente en lo referente a los porcentajes de casados o unidos y de viudos entre los 65 y 79 años. Mientras el 86% de los varones de dichas edades tienen cónyuge apenas la quinta parte de sus pares femeninas están en esa situación; para el Interior urbano, dichos porcentajes son 69% y 27% para hombres y mujeres, respectivamente.

Gráfico 27
Porcentajes de la población encuestada con cónyuge y viuda en el total de cada sexo, según tramos de edades



Fuente: CEPAL, Oficina de Montevideo, en base a datos de ENEVISA 1999.

b. Estructuras familiares

Las tendencias de determinadas variables demográficas, así como diversos procesos relacionados con cambios en los comportamientos sociales, tienen una fuerte incidencia sobre las características que muestran las estructuras familiares y sobre la evolución de éstas en el tiempo. En el caso de Uruguay, la declinación de la fecundidad y de la mortalidad, el incremento de los divorcios, la participación creciente de la mujer en el mercado de trabajo y el sistema educativo, y la modificación de los patrones socioeconómicos y culturales que pautan la emancipación de los jóvenes del

hogar constituyen algunos factores -entre otros- que pudieran explicar a través de la convergencia de sus efectos, la tendencia a la disminución del tamaño de los hogares y la presencia de ciertas configuraciones familiares que denotan la cohabitación de distintas generaciones.

i. Tamaño del hogar

Una primera aproximación al tamaño del hogar indica como tendencia general una leve disminución del tamaño medio de los hogares urbanos, que en el período intercensal pasó de 3.3 en 1985, a 3.2 en 1996. Los cambios operados se reflejan, en particular, en la distribución porcentual de las personas de 65 años y más de edad, según el tamaño del hogar en que viven. Tomando como referencia la distribución de la población urbana de dichas edades en el censo de 1985, se observan significativos incrementos de las personas que viven solas y de las que viven en hogares conformados por dos personas, a la vez que una disminución importante de las que viven en hogares de tres y más personas[26].

En el Cuadro 78 se presenta la distribución de la población encuestada en la ENEVISA, según el tamaño del hogar donde residen. En términos generales, se observa un comportamiento asociado a la etapa del ciclo vital en que se encuentran. Así, la mayoría de la población entre 55 y 64 años de edad (56.5%) viven en hogares integrados por dos o tres personas (31.5% y 25.0%, respectivamente), sólo un 13.5% en hogares unipersonales y un 30% en hogares de cuatro y más personas. El avance de la edad produce cambios importantes. En primer lugar, más que se duplica el porcentaje de personas que viven solas, el cual se mantiene estable en algo más del 28% para los dos grupos de edades considerados luego de los 65 años. En segundo lugar, se reduce en forma muy significativa (globalmente, en un 10%) el peso de la población en hogares integrados por dos y tres personas, debido principalmente al muy severo descenso de los de tres personas que caen del 25% al 15%, el cual no alcanza a ser contrarrestado por el leve incremento de los hogares de dos personas. En tercer lugar, se reduce muy fuertemente (globalmente, en más de un 30%) la población en hogares de cuatro y más personas, que cae del 30% a poco más del 20%.

Se puede apreciar asimismo diferencias importantes entre uno y otro sexo, las que en términos generales, al menos en el primer tramo de edades y parcialmente en el segundo, implican porcentajes más altos para las mujeres en comparación con los hombres, en los hogares conformados por una o dos personas, y consecuentemente más bajos en los restantes tamaños. Con el avance de la edad, también es más rápido el proceso de reducción del tamaño del hogar.

[26] En 1985, el 16% de la población urbana de 65 años y más vivía sola, el 37% en hogares de dos personas y el 47% lo hacía en hogares de tres o más integrantes. En 1996, dichos porcentajes fueron 19%, 39% y 42%, respectivamente.

Cuadro 78
Distribución de la población encuestada por tamaño del hogar, según sexo y grupos de edades (%)

Tamaño del hogar	Total					Hombres				Mujeres			
	Total 55+	55-64	65-79	80+	Total 65+	Total 55+	55-64	65-79	80+	Total 55+	55-64	65-79	80+
1 persona	22.5	13.5	28.3	28.7	28.4	13.3	8.6	14.9	26.6	29.1	17.7	37.4	29.8
2 personas	34.1	31.5	36.6	32.2	35.7	37.2	27.3	46.2	37.1	31.9	35.0	30.1	29.6
3 personas	19.1	25.0	15.0	16.0	15.3	21.1	25.7	18.0	16.0	17.6	24.3	13.0	16.0
4 personas	11.5	15.2	8.8	10.4	9.1	13.0	18.4	8.7	9.9	10.4	12.6	8.8	10.7
5 personas	7.2	8.6	5.9	8.1	6.3	7.7	10.9	5.0	6.8	6.8	6.6	6.5	8.8
6 y más	5.6	6.2	5.4	4.6	5.2	7.7	9.1	7.2	3.6	4.2	3.8	4.2	5.1
Total	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**
Media	2.69	3.00	2.49	2.54	2.52	2.96	3.34	2.71	2.46	2.50	2.70	2.33	2.58

Fuente: CEPAL, Oficina de Montevideo, en base a datos de ENEVISA 1999.

A nivel de las áreas geográficas de residencia, el tamaño medio de los hogares donde vive la población encuestada no presenta mayores variaciones, pero sí en cuanto a su distribución. En el Interior urbano se observa un mayor peso relativo de los hogares unipersonales y de la población que vive en hogares de seis y más personas; en el primer caso, el porcentaje alcanza al 24% (en Montevideo es 21%) y en el segundo casi duplica al registrado en Montevideo (7% contra 4%).

ii. Cohabitación de distintas generaciones

Con el aumento de la esperanza de vida, aumentó el número de personas de 55 años y más de edad, pero también aumentó el número de años que las mismas viven después de los 55 años. Las estructuras familiares reflejan esta evolución del ciclo vital en edades en las que los hitos más relevantes están constituidos por la salida de los hijos del hogar, el pasaje a la jubilación y el fallecimiento del cónyuge. La encuesta aplicada (ENEVISA) al relevar la información referente a los grados de parentesco de las personas que conviven con el encuestado, posibilita el análisis de las configuraciones familiares definidas de acuerdo a la cohabitación de distintas generaciones en el hogar. Los resultados se presentan en el Cuadro 79.

Las parejas solas o conviviendo con hijos solteros o casados continúan constituyendo el elemento central de la vida familiar uruguaya, para la población situada entre los 55 y 64 años, representando más de las dos terceras partes de los casos. La diversificación de las configuraciones familiares cobra relevancia en las siguientes etapas de la vida, período en que se manifiesta con mayor frecuencia la salida de los hijos del hogar y la situación de viudez.

Cuadro 79
Estructuras familiares de la población encuestada: cohabitación de distintas generaciones según sexo y grupos de edades (%)

Tipo de hogar	Total				Hombres				Mujeres			
	Total 55+	55-64	65-79	80+	Total	55-64	65-79	80+	Total	55-64	65-79	80+
Personas solas	22.5	13.6	28.2	28.7	13.3	8.9	14.6	26.6	29.2	17.7	37.4	29.8
Parejas	23.4	22.8	26.8	12.0	33.7	24.0	43.4	30.4	16.0	21.7	15.5	2.8
Una generación*	3.3	2.2	3.8	5.1	2.7	1.8	3.1	4.8	3.8	2.5	4.3	5.2
Dos generaciones	31.0	45.7	20.1	26.3	35.0	51.3	23.1	19.8	28.0	40.9	18.1	29.7
Tres generaciones completas	16.5	14.0	17.7	19.2	13.9	13.6	13.2	18.4	18.3	14.4	20.8	19.6
Cuatro generaciones completas	0.5	0.3	0.1	3.0	0.2	0.4	0.0	0.0	0.8	0.2	0.2	4.5
Tres generaciones incompletas**	2.4	1.4	3.0	3.8	1.1	0.0	2.3	0.0	3.4	2.6	3.4	5.6
Cuatro generaciones incompletas***	0.4	0.0	0.3	1.9	0.1	0.0	0.3	0.0	0.5	0.0	0.3	2.8
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

* Alernativamente, pareja más otra persona, hermanos solos, o hermanos y otros.
** Corresponde a la relación abuelo-nieto (con ausencia de la generación de padres).
*** Corresponde a la relación abuelo-bisnieto (con ausencia de una de las generaciones intermedias).
Fuente: CEPAL, Oficina de Montevideo, en base a datos ENEVISA 1999.

Al pasar del primer al segundo grupo de edades se aprecia claramente la situación definida como nido vacío, esto es, la salida de los hijos del hogar: la proporción de personas en hogares de dos generaciones cae bruscamente a menos de la mitad, pasando de 45.7% entre los 55 y 64 años, a 20.1% entre los 65 y 79 años. A la vez, más que se duplica la proporción de personas solas, que pasa de 13.6% a 28.2%, y se eleva de 22.8% a 26.8% la proporción de parejas solas. Junto con ello, se incrementa el porcentaje de hogares de tres generaciones, que pasa de 14.0% a 17.7%, lo que estaría involucrando la permanencia de hijos y la incorporación ya sea de nietos o de alguna persona de la generación precedente (padre o suegros, principalmente viudos).

Al pasar al tercer grupo de edades, desciende muy fuertemente la proporción de personas que viven sólo con su cónyuge (parejas solas), que pasa de 26.8% entre los 65 y 79 años, a 12.0% para la población de 80 años y más. Dado que el porcentaje de las personas que viven solas se mantiene prácticamente invariable, los casi quince puntos porcentuales indicados se distribuyen en un aumento de la presencia de hogares que implican la convivencia con otras generaciones; en particular, resalta el incremento de los hogares de dos generaciones, que pasan del 20.1% al 26.3%.

Las diferencias de género cobran gran importancia en estas edades. Para la población femenina, después de la vida en pareja con o sin hijos, el vivir sola constituye la forma de arreglo familiar más frecuente entre los 65 y 79 años, donde representa el 37.4%, cuya presencia se reduce a partir de los 80 años y más, ya sea

por el paso hacia la institucionalización[27] o para convivir con sus hijos casados o solteros (el porcentaje de mujeres en hogares de dos generaciones aumenta de 18% a casi 30%). Los varones tienen un comportamiento diferente, ya que en una alta proporción (30%) permanecen en pareja hasta edades muy avanzadas; los que no lo hacen, permanecen solos (casi 27%) o integrados a hogares de dos o tres generaciones.

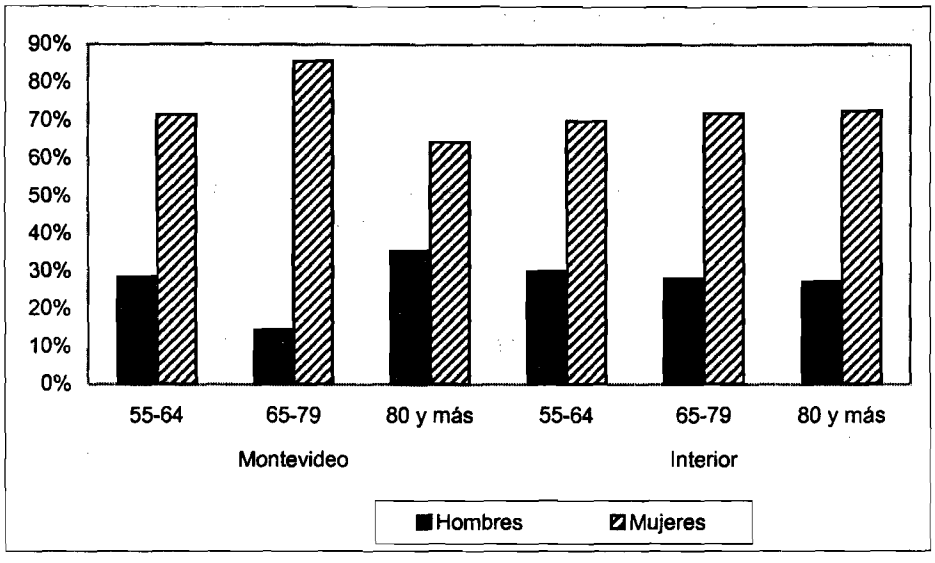
En las edades adultas mayores la condición de vivir solo generalmente tiende a asociarse con desprotección. Sin embargo, el vivir solo puede responder a una elección de vida motivada en un deseo de conservar privacidad e independencia, que en muchos casos puede mantenerse por las redes de apoyo ya sea familiar o social. En este sentido, uno de los Principios de las Naciones Unidas a Favor de las Personas de Edad es el de independencia que establece, entre otros aspectos, que las mismas deberán tener la posibilidad de vivir en entornos seguros y adaptables a sus preferencias personales y a sus capacidades en continuo cambio, residiendo en su propio domicilio por tanto tiempo como sea posible. Distintas investigaciones indican que con el aumento de los ingresos los ancianos expresan preferencia por una mayor independencia en cuanto a su forma de residencia, reemplazando el vivir con otras personas por vivir en la cercanía o tener otra forma de contacto con parientes, amigos y vecinos (Wenger, 1997). Pero la sustitución del contacto personal depende de la edad, del estado de salud, de la disponibilidad de tecnología de comunicación y de las expectativas de recibir asistencia del sector público a medida que las sociedades se van desarrollando.

El 23% de la población encuestada vive sola, y de la misma, el 75% son mujeres. Esta situación, como se señaló anteriormente, tiene su punto culminante entre los 65 y 79 años, edades que concentran el 61% del total de personas de 55 años y más que viven solas, con una predominancia absoluta de mujeres (79%).

En relación con las áreas geográficas de residencia (Montevideo e Interior urbano), el desbalance entre hombres y mujeres que viven solos es más acentuado en Montevideo, en el grupo de edades de 65 a 79 años, donde 9 de cada 10 personas que viven solas son mujeres. En el Interior la situación extrema corresponde a las edades más avanzadas, ya que 7 de cada 10 personas de 80 años y más de edad que viven solas son mujeres.

[27] Según datos censales, las mujeres de 80 años y más representan el 40% de la población de 55 años y más de edad en hogares colectivos urbanos y el 49% del total de población adulta mayor en estos hogares.

Gráfico 28
Distribución por sexo de la población que vive sola, según área geográfica de residencia y grupos de edades (%)



Fuente: CEPAL, Oficina de Montevideo, en base a datos ENEVISA 1999.

c. Relación de convivencia

Con el propósito de conocer aspectos de la relación de convivencia de las personas encuestadas, se les interrogó sobre cuán cómodos se sienten en su relación con las otras personas del hogar, a través de cuatro alternativas de respuesta. En términos generales, una amplia mayoría de los encuestados que alcanza al 92.5%, declara sentirse "cómodo" en su relacionamiento con las personas del hogar. En el otro extremo, la población que declara sentirse "muy incómodo" representa el 3.9% y la que se declara "incómodo" apenas alcanzan a un 0.5%. Un 3.1% se encuentra en una situación intermedia pues expresa sentirse "ni bien ni mal".

De la población que declara sentirse cómoda una leve mayoría son mujeres (53%), siendo la convivencia con dos generaciones la que tiene mayor peso relativo, principalmente en las edades entre 55 y 64 años.

Del total de personas que se sienten muy incómodos la mayoría son hombres (54%), de los cuales el 56% se encuentran en el tramo de edad comprendido entre los 65 y 79 años. La convivencia que les genera mayor incomodidad no sigue un patrón uniforme con la edad: entre los 55 y 64 años corresponde a hogares de dos generaciones ascendentes o descendentes en relación al encuestado (padres/suegros o hijos/yerno-nuera, respectivamente) donde puede estar o no la figura del cónyuge; entre los 65 y 79 años, ello ocurre en relación a su cónyuge, ya que son hogares con parejas solas. Para las mujeres en edades entre 55 y 64 años, la mayor situación de

incomodidad se genera en porcentajes iguales, con respecto a su cónyuge y en relación con sus padres y/o suegros o hijos y/o nueras. Al margen de que el porcentaje de personas en esta situación sea bajo, es importante su consideración ya que el sentirse muy incómodo genera, además del propio malestar y riesgo para la salud, tensiones que alcanzan a todos los miembros de la familia y pueden distorsionar el clima del hogar.

Cuadro 80
Relación de convivencia de la población encuestada con las otras personas del hogar, según tipo de hogar y sexo (%)

Relación de convivencia	Total	Total	Tipo de hogar				
			Parejas solas	Una generación	Dos generaciones	Tres generaciones	Cuatro generaciones
Cómodo	**92.5%**	**100.0**	**30.8**	**4.1**	**40.4**	**23.6**	**1.1**
Hombres		100.0	40.0	3.1	40.4	16.2	0.3
Mujeres		100.0	22.6	5.0	40.3	30.2	1.9
Ni bien ni mal	**3.1%**	**100.0**	**21.7**	**10.5**	**39.8**	**28.0**	**0.0**
Hombres		100.0	22.7	0.0	54.5	22.8	0.0
Mujeres		100.0	21.4	14.1	34.7	29.8	0.0
Incómodo	**0.5%**	(*)					
Hombres							
Mujeres							
Muy incómodo	**3.9%**	**100.0**	**27.1**	3.1	**31.7**	**36.6**	**1.5**
Hombres		100.0	23.7	5.6	34.9	35.8	0.0
Mujeres		100.0	31.1	0.0	27.8	37.7	3.4

(*) El número de casos resulta insuficiente para analizar su distribución.
Fuente: CEPAL, Oficina de Montevideo, en base a datos ENEVISA 1999.

Las relaciones entre las generaciones dentro del hogar han sido objeto de estudio en diferentes sociedades. Se ha advertido al respecto que las mujeres son las que se ocupan esencialmente de mantener los vínculos entre las diferentes generaciones que, como consecuencia del envejecimiento demográfico, se superponen hoy día. También se delega tradicionalmente en estas mujeres el cuidado y atención de sus hijos, de sus padres y hasta de sus nietos. El problema de la solidaridad intergeneracional se planteará cada vez con mayor intensidad al haber superposición de generaciones.

Cuando se clasifica la población encuestada con edades entre 55 y 74 años según el tipo de generación con la que conviven -sólo descendente, sólo ascendente o ambas a la vez, construidas éstas en base al parentesco que guardan los encuestados con los restantes miembros del hogar-, es posible delinear en términos generales, comportamientos diferenciales de género en relación a compartir responsabilidades de atención de padres, hijos o nietos simultánea o separadamente.

Cuadro 81
Población encuestada de 55 a 74 años de edad residente en hogares con generaciones ascendentes y/o descendentes, según sexo y grupos de edades (%)

Sexo y grupos de edades	Total	Sólo descendentes	Sólo ascendentes	Descendentes y ascendentes
Total	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**
Hombres	45.4	45.3	44.2	49.0
Mujeres	54.6	54.7	55.8	51.0
55 a 64 años	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**
Hombres	49.0	49.2	41.4	51.3
Mujeres	51.0	50.8	58.6	48.7
65 a 74 años	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**
Hombres	39.3	39.2	51.2	33.3
Mujeres	60.7	60.8	48.8	66.7

Fuente: CEPAL, Oficina de Montevideo, en base a datos ENEVISA 1999.

Cuadro 82
Población encuestada de 55 a 74 años de edad residente en hogares con generaciones sólo descendentes y presencia o no de cónyuge, según sexo y grupos de edades (%)

Sexo y grupos de edades	Generaciones sólo descendentes	
	Con cónyuge	Sin cónyuge
Total	**100.0**	**100.0**
Hombres	65.6	14.1
Mujeres	34.4	85.9
55 a 64 años	**100.0**	**100.0**
Hombres	63.4	16.8
Mujeres	36.6	83.2
65 a 74 años	**100.0**	**100.0**
Hombres	70.8	11.7
Mujeres	29.2	88.3

Fuente: CEPAL, Oficina de Montevideo, en base a datos ENEVISA 1999.

Los resultados que se presentan en el Cuadro 81 permiten observar una mayor proporción de mujeres en el conjunto de las configuraciones generacionales construidas, especialmente en las edades comprendidas entre 65 y 74 años. Este comportamiento puede estar relacionado con la mayor sobrevivencia y presencia de

situaciones de viudez de las mujeres. Cuando se considera únicamente la población encuestada que reside en hogares con generaciones sólo descendentes y se analiza la presencia o no del cónyuge[28], las diferencias de género quedan notoriamente determinadas. Del total de población encuestada entre 55 y 74 años que reside en este tipo de hogares, los hombres sólo representan una proporción mayor que las mujeres cuando existe presencia del cónyuge, en cambio en la situación caracterizada por la ausencia del cónyuge hay una predominancia absoluta de mujeres.

d. Razones de convivencia

Si se excluye a la población que vive en hogares nucleares[29] y a la que vive sola, las cuales representan respectivamente el 50% y el 23% de la población encuestada, el restante 27% de la misma lo hace en hogares clásicamente denominados extendidos o compuestos, en los cuales pueden o no existir vínculos de parentesco directos entre sus integrantes. De la población encuestada que vive en estos hogares, el 66% son mujeres.

A dicha población se la interrogó acerca del motivo principal por el cual convive en ese hogar. Las razones económicas, independientemente del sexo y el área geográfica de residencia considerados, son las que tienen mayor peso, el 42.4%, y corresponden al 11% del universo total encuestado. El 21% argumenta como razón principal de convivencia la soledad, provocada en la mayor parte de los casos por la muerte del cónyuge: la población en esta situación es mayoritariamente femenina (79%) y representa la cuarta parte del total de mujeres de 55 años y más de edad que viven en los hogares de referencia. Entre los motivos declarados como "otro", las razones aducidas se relacionan predominantemente con la propiedad de la vivienda y de afecto hacia la familia.

Cuadro 83
Principal motivo de convivencia que señala la población encuestada residente en hogares extendidos o compuestos, según área geográfica de residencia y sexo (%)

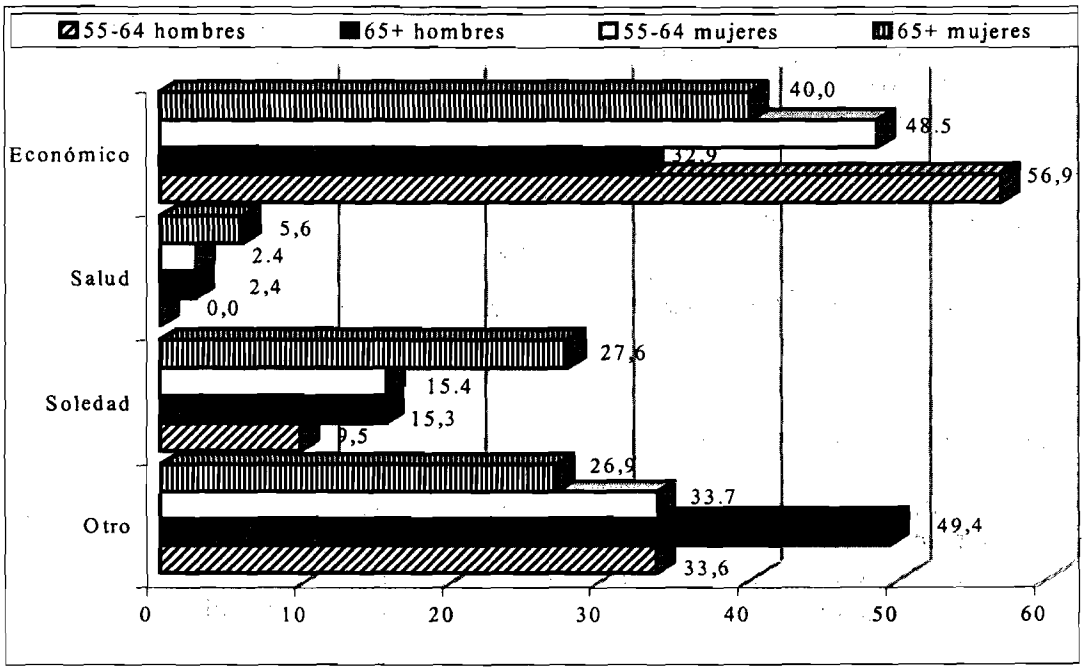
Motivo de convivencia	Total urbano			Montevideo			Interior urbano		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
Total	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**
Económico	42.4	42.9	42.1	45.6	48.5	44.2	38.8	38.0	39.4
Salud	3.6	1.4	4.8	4.3	3.0	4.9	2.8	0.0	4.6
Soledad	20.6	12.9	24.5	23.4	11.1	28.4	17.4	14.5	19.3
Otro	33.4	42.8	28.6	26.7	37.4	22.5	41.0	47.5	36.7

Fuente: CEPAL, Oficina de Montevideo, en base a datos de ENEVISA 1999.

[28] Los datos no permiten igual apertura para las restantes clasificaciones.
[29] Hogar nuclear es el constituido por alguna de las siguientes formas: parejas sin hijos, pareja con uno o más hijos solteros, uno de los cónyuges con uno o más hijos solteros.

La edad marca diferencias en la estructura de los motivos, siguiendo una lógica asociada a situaciones propias del ciclo de vida. Así, entre la población de 65 años y más, los porcentajes que declaran razones de soledad y salud más que duplican a los que alcanzan los menores de esa edad, con la consecuente reducción en contrapartida del peso de las razones económicas. Ello se puede apreciar con más intensidad al comparar los comportamientos diferenciados de hombres y mujeres en uno y otro grupo de edades (Gráfico 29). Además de confirmar lo antes indicado, se destacan otras situaciones extremas: la mayoría de los varones de 55 a 64 años señalan como principal los motivos económicos, en tanto que la mitad de los de 65 años y más declaran otro motivo, distinto del económico, la salud o la soledad.

Gráfico 29
Distribución según principal motivo de convivencia señalado, de la población encuestada residente en hogares extendidos o compuestos, agrupada por sexo y grupos de edades (%)
Fuente: CEPAL, Oficina de Montevideo, en base a datos ENEVISA 1999.



Frecuentemente se argumenta que la propiedad de la vivienda constituye un factor importante para que otras personas convivan con los adultos mayores. Sin embargo, ello no resulta muy claro dado que la posesión de un bien no necesariamente permite hacer frente a las necesidades básicas y por tanto, en muchos casos, se hace necesario contar con otros ingresos en el hogar. Las personas que viven en hogares extendidos o compuestos y declaran como principal motivo el económico son en su mayoría propietarios de la vivienda en que habitan (70%), de los cuales un 84% la tienen totalmente paga. Dado que la pregunta refería a los motivos personales del

encuestado para convivir en estos hogares, la respuesta parece evidenciar la necesidad de contar con otra fuente de ingresos.

De la población que declaró "otros motivos", un 38% alegó la propiedad de la vivienda, un 33% razones de terceros (falta de vivienda, divorcio o separación, enfermedad, etc.) y el 31% restante razones afectivas, así como de constitución de la familia.

Cuadro 84
Tenencia de la vivienda entre la población encuestada residente en hogares extendidos o compuestos, según motivo de convivencia (%)

Motivo de convivencia	Total	En propiedad					Propiedad de otro miembro del hogar	Alquilada	Cedida por otro familiar
		1	2	3	4	Subtotal			
Total	**100.0**	**51.4**	**4.1**	**7.6**	**2.9**	**66.0**	**16.2**	**8.1**	**9.7**
Económico	100.0	52.3	5.2	9.2	4.5	71.2	14.4	8.1	6.3
Salud	100.0	47.8	7.6	0.0	0.0	55.4	19.0	11.2	14.4
Soledad	100.0	40.1	2.3	6.0	2.3	50.7	29.6	6.5	13.2
Otro	100.0	57.4	3.5	7.5	1.5	69.9	9.8	8.9	11.4

1: propiedad del entrevistado y de su cónyuge, y ya la pagó
2: propiedad del entrevistado y de su cónyuge, y la está pagando
3: propiedad del entrevistado y de otro familiar, y ya la pagó
4. propiedad del entrevistado y de otro familiar, y la está pagando
Fuente: CEPAL, Oficina de Montevideo, en base a datos ENEVISA 1999.

Motivos de convivencia e ingresos.

Los porcentajes que representan los ingresos medios personales de los encuestados en relación a los ingresos medios de los hogares extendidos o compuestos en que residen, calculados globalmente según cada uno de los motivos de convivencia invocados, permiten agregar alguna información adicional al análisis (Cuadro 85).

Mientras que para las mujeres dicho porcentaje se ubica entre el 25% y el 28%, cualquiera sea el motivo de convivencia declarado, para los hombres presenta variaciones importantes. En particular, resalta el hecho de que entre los hombres que indican un motivo económico, el ingreso medio personal de los encuestados representa casi la mitad (48%) del ingreso medio del hogar, en tanto que entre las mujeres que señalan el mismo motivo sólo representa algo menos de la cuarta parte (25%).

Cuadro 85
Porcentaje que representa el ingreso medio personal en el ingreso medio total del hogar, entre la población encuestada residente en hogares extendidos o compuestos, según motivos de convivencia y sexo (%)

Motivo de convivencia	Total	Hombres	Mujeres
Económico	34.1	48.4	24.5
Salud	29.6	- (*)	24.5
Soledad	28.9	33.1	27.9
Otro	33.6	41.3	26.9

(*) El número de casos es insuficiente para la estimación.
Fuente: CEPAL, Oficina de Montevideo, en base a datos ENEVISA 1999.

Cuando el cálculo se realiza para un conjunto más restricto de estos encuestados, considerando únicamente aquellos que son propietarios de la vivienda en que residen, la tienen totalmente paga y no comparten dicha propiedad con otro miembro de la familia (salvo el cónyuge), los resultados que se alcanzan entre quienes indican un motivo económico no difieren mayormente de los antes presentados. Para los hombres, el ingreso medio personal de los encuestados representa el 45% del ingreso medio del hogar, valor que alcanza el 27% para las mujeres. Ello parecería corroborar lo expresado anteriormente en cuanto a que la propiedad de la vivienda no genera de por sí, en muchos casos, condiciones de suficiencia para vivir en forma independiente.

Por último, cuando se reitera el mismo cálculo exclusivamente para aquellos casos que residen en viviendas arrendadas, los resultados son fuertemente contrastantes. Para los hombres, el ingreso medio personal de los encuestados representa el 65% del ingreso medio del hogar, valor muy superior al alcanzado para las mujeres, el que se sitúa en el 37%.

e. Redes de apoyo

Las redes de apoyo pueden estar conformadas por la familia, el vecindario y los amigos. Constituyen un elemento básico en la elaboración de políticas de salud y ayuda familiar, y por ello es importante considerar en su análisis el agrupamiento de la población según las diversas etapas del ciclo adulto, ya que dichas redes de apoyo adquieren mayor importancia a medida que avanza la edad y se vuelven más complejos los efectos de los estados de salud y los factores de riesgo.

A nivel familiar pueden distinguirse dos tipos de apoyo: el de los hijos y el de otros familiares.

RECUADRO 6

Apoyo de la familia a los ancianos

Hay diversos motivos para el apoyo entre distintas generaciones: afecto, expectativas de reciprocidad, un sentido de obligación o deber entre ellos; y de esta combinación surge una noción de justicia comparativa. Dentro de las familias, el apoyo tiende a prestarse a quienes más lo necesitan, los más pobres, los más enfermos, los más impedidos, o simplemente los que no tienen otra fuente de apoyo a la cual recurrir.

La creciente movilidad significa que son cada vez mayores la asistencia y el apoyo financiero o de otra índole a distancia; el desarrollo posibilita esos vínculos. Esto puede dar buenos resultados cuando la generación de ancianos aún es activa e independiente, pero se hace más difícil a medida que van aumentando la edad y el grado de dependencia.

Residan o no en una misma vivienda, las familias ayudan a sus ancianos de diversas maneras: con tareas cotidianas, con asistencia financiera, con asesoramiento o con apoyo emocional. La cantidad y el tipo de ayuda y quien la presta dependen de cuán estrechos sean los vínculos familiares y de quién dispone del tiempo, el dinero, los materiales o los conocimientos necesarios. También depende del género, tanto del progenitor como de quién lo atiende.

Fuente: FNUAP, ESTADO DE LA POBLACION MUNDIAL 1998, Capítulo 3, Relaciones entre las generaciones, página 40.

i. Apoyo de los hijos

El 45% de la población de 55 años y más de edad vive con algún hijo, y una amplia mayoría de ellos (71%) tiene además otros hijos que residen en otros hogares. Reflejando la tendencia ya observada al analizar el tipo de hogar, el porcentaje de población que vive con algún hijo desciende entre los 65 y 79 años para luego aumentar en las edades extremas, comportamiento que se intensifica en el caso de las mujeres. En la otra situación configurada, el 55% de la población encuestada no vive con ningún hijo, aunque una gran mayoría de ellos (73%) los tiene.

La existencia de hijos, aún cuando no se viva con ellos, es sin duda importante tanto desde el punto de vista afectivo como del de las redes de apoyo, que van aún más allá de sus hijos cuando estos tienen descendencia. Sin embargo, el lugar donde viven los hijos y la frecuencia de la comunicación pueden plantear una relativización del concepto.

De la población que no vive con sus hijos, un 28% los tiene residiendo en el mismo barrio, circunstancia que constituye un apoyo que puede asimilarse al permanente. Un 46% tiene hijos residiendo en otro barrio o localidad del mismo departamento geográfico del país y un 27% los tiene residiendo a mayor distancia (17.4% en el país y 9.2% en el extranjero). Aunque los hijos residentes en el extranjero pueden ser un importante apoyo para el sostenimiento económico de las personas de

mayor edad, no constituyen una red de respuesta inmediata a situaciones emergentes, principalmente para la población de edades muy avanzadas (80 años y más). Cabe destacar que es precisamente en dicho grupo de edades donde se concentra el mayor porcentaje de personas con hijos residiendo en el extranjero, consecuencia del fuerte proceso de emigración ocurrido en el país durante los años setenta. La situación es aún más crítica en el caso de las mujeres, donde casi una de cada cinco tiene hijos residiendo en otro país.

Cuadro 86
Modo de convivencia de la población encuestada en relación a sus hijos, según sexo y grupos de edades (%)

Sexo y grupos de edades	Total	Vive con algún hijo				No vive con ningún hijo			
		Total	Total	Tiene otros hijos	No tiene otros hijos	Total	Total	Tiene hijos	No tiene hijos
Total	**100.0**	**45.2**	**100.0**	**32.0**	**13.2**	**54.8**	**100.0**	**40.2**	**14.6**
55 a 64	100.0	57.1	49.7	37.2	19.9	42.9	30.8	30.5	12.4
65 a 79	100.0	36.2	38.8	29.0	7.2	63.8	56.2	48.8	15.0
80 y más	100.0	42.2	11.5	26.7	15.5	57.8	13.0	37.2	20.6
Hombres	**100.0**	**47.6**	**44.1**	**31.8**	**15.8**	**52.4**	**39.9**	**39.5**	**12.9**
55 a 64	100.0	63.5	25.5	37.8	25.7	36.5	12.1	25.9	10.6
65 a 79	100.0	34.9	15.1	27.1	7.8	65.1	23.2	50.2	14.9
80 y más	100.0	38.4	3.5	28.9	9.5	61.6	4.6	47.6	14.0
Mujeres	**100.0**	**43.4**	**55.9**	**32.0**	**11.4**	**56.6**	**60.1**	**40.8**	**15.8**
55 a 64	100.0	51.6	24.2	36.5	15.1	48.4	18.7	34.5	13.9
65 a 79	100.0	37.2	23.7	30.5	6.7	62.8	33.0	47.8	15.0
80 y más	100.0	44.1	8.0	25.6	18.5	55.9	8.4	32.0	23.9

Fuente: CEPAL, Oficina de Montevideo, en base a datos ENEVISA 1999.

Las cifras globales antes presentadas no reflejan sin embargo en toda su magnitud las diversas dimensiones del problema. Una forma complementaria de abordaje consiste en considerar en forma aislada la población en situación de mayor riesgo -actual o futuro- en cuanto a la posibilidad de apoyo de los hijos en función de la mayor o menor cercanía del lugar de residencia de los mismos. En el Cuadro 87 se presentan algunos resultados significativos.

Como puede verse, las dos terceras partes de la población total considerada tiene algún hijo viviendo cerca, esto es, dentro del mismo departamento geográfico del país. El tercio restante de la población presenta tres situaciones que en diferente grado ameritan una atención especial: el 23% no tiene hijos, el 7.4% tiene todos sus hijos viviendo dentro del país pero en otro departamento y el 3% tiene todos sus hijos viviendo en el extranjero.

Cuadro 87
Relación de cercanía del lugar de residencia de los hijos para la población total encuestada y algunos grupos específicos (%).

Población encuestada	Total	Con al menos un hijo en el mismo departamento	Con hijos, todos en otro departamento	Con hijos, todos en el extranjero	No tiene hijos
Total	**100.0**	**66.7**	**7.4**	**3.0**	**22.9**
55 a 64 años	100.0	68.1	5.9	1.1	24.9
65 a 79 años	100.0	67.5	8.1	3.8	20.6
80 años y más	100.0	58.9	7.8	4.1	29.2
Parejas solas	**100.0**	**74.7**	**8.4**	**2.6**	**14.3**
Personas solas	**100.0**	**58.3**	**6.4**	**3.4**	**31.9**

Fuente: CEPAL, Oficina de Montevideo, en base a datos ENEVISA 1999.

Si en particular se analiza el grupo de edades más avanzadas, cuyo grado de dependencia tanto afectiva como de atención es obviamente mayor, se aprecia una disminución de las redes de apoyo inmediatas y un aumento muy significativo del porcentaje de población que no tiene hijos, así como de la que tiene todos sus hijos residiendo fuera del país.

Con el fin de detectar las situaciones más criticas y dentro de los márgenes de representatividad que admite la muestra, se consideraron en forma desagregada dos categorías de arreglo familiar: las parejas solas y las personas que viven solas.

Como puede observarse, la población encuestada que vive en hogares conformados por parejas solas presenta la situación más favorable, ya que además de contar con el apoyo del cónyuge, tiene también en el 75% de los casos, al menos un hijo que reside en el mismo departamento (relación de cercanía adoptada), y sólo un 14% no tiene hijos. En contraste con ello, entre la población encuestada que vive sola, quienes tienen al menos un hijo que reside en la misma unidad geográfica alcanzan únicamente al 58%, a la vez que más que se duplica la proporción de los que no tienen hijos, alcanzando casi el 32%.

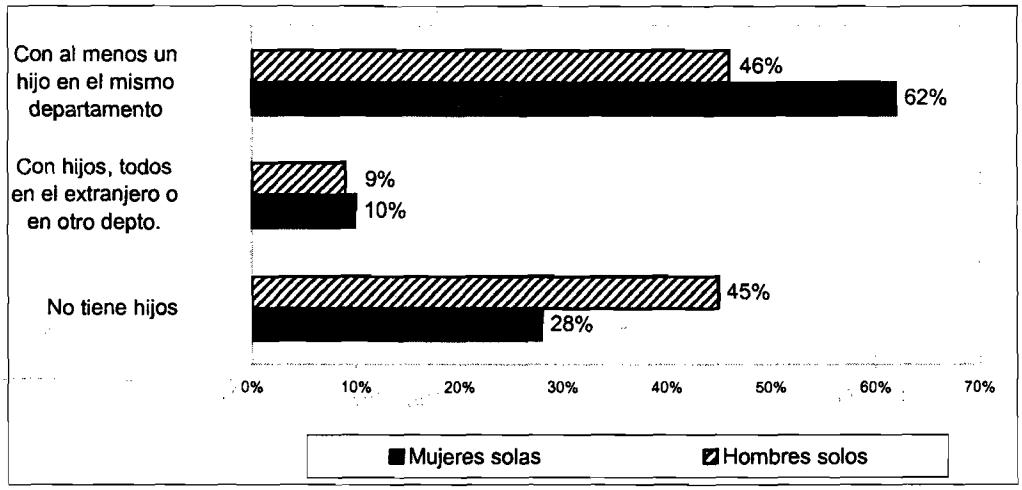
Para las parejas que viven solas, resulta un hecho importante ante la posibilidad de la viudez, tener hijos que vivan cerca, independientemente de la existencia o no de otros que vivan a mayor distancia. Como se vio anteriormente, la probabilidad de que una mujer pueda perder a su cónyuge es mayor que la que tiene un hombre de perder a su compañera y se acentúa por las diferencias de edades en las parejas. Cabe recordar también que las mujeres tienden a vivir en hogares multigeneracionales ante esta situación, en tanto los varones suelen volver a formar pareja o permanecer solos hasta el final de su vida.

No obstante, este comportamiento podría verse modificado si se tiene en cuenta lo expresado en diversos estudios de las Naciones Unidas que señalan que las

generaciones más jóvenes no querrán depender de sus hijos en el futuro. De ser así, la población que vive sola seguiría en aumento, independientemente de las tendencias de las corrientes emigratorias.

En referencia a la población conformada por personas que viven solas, el género pauta comportamientos diferenciales desde el punto de vista de las redes de apoyo constituidas por sus hijos: dos de cada tres personas que viven solas y no tienen hijos son mujeres; de los encuestados que viven solos y tienen al menos un hijo cerca, cuatro de cada cinco también son mujeres. Al considerar la población total de cada sexo que vive sola, la situación de aparente desventaja femenina, generada porque la mayoría de la población que vive sola son mujeres, se desvirtúa, ya que es mayor el porcentaje de mujeres solas que cuentan con al menos un hijo viviendo cerca (62% y 46% para mujeres y hombres, respectivamente), a la vez que es también significativamente menor el porcentaje de las que no tienen hijos (28% contra 45%), como puede verse en el Gráfico 30.

Gráfico 30
Relación de cercanía del lugar de residencia de los hijos entre las personas encuestadas que viven solas, según sexo (%)



Fuente: CEPAL, Oficina de Montevideo, en base a datos ENEVISA 1999.

ii. Relación con los hijos cuando ninguno convive con los encuestados

Una vez conocida la situación de la población encuestada que convive con al menos alguno de sus hijos y de la que no tiene hijos, resulta interesante analizar las características de la relación que mantienen los encuestados con sus hijos en los casos que los tienen pero no conviven con ninguno de ellos. A esos fines, se consideraron cuatro situaciones: muy buena, buena, ni buena ni mala, y muy mala.

Tal como se observa en el Cuadro 88, el porcentaje de los encuestados cuya relación con los hijos es muy buena o buena alcanza al 95%, para dos tercios de los cuales la relación es muy buena. Cuando se analizan los resultados por sexo y grupo de edades, estos porcentajes varían poco, tendiendo a ser levemente superiores entre las mujeres y entre los encuestados de 65 años y más de edad.

En la otra situación extrema, solamente algo menos del 3% de los encuestados califica la relación con los hijos como muy mala, en tanto que un porcentaje similar la cataloga de ni buena ni mala.

Cuadro 88
Relación con los hijos para la población encuestada que sólo tiene hijos que no conviven con ellos, según sexo y grupos de edades (%)

Sexo y grupos de edades	Total	Muy buena	Buena	Ni buena ni mala	Muy mala
Total	**100.0**	**64.8**	**30.1**	**2.5**	**2.6**
55 a 64 años	100.0	61.4	30.6	3.5	4.5
65 años y más	100.0	66.3	29.9	2.0	1.8
Hombres	**100.0**	**62.8**	**31.7**	**2.3**	**3.2**
55 a 64 años	100.0	60.4	29.5	4.6	5.5
65 años y más	100.0	63.9	32.6	1.3	2.2
Mujeres	**100.0**	**66.1**	**29.1**	**2.6**	**2.2**
55 a 64 años	100.0	62.1	31.3	2.8	3.8
65 años y más	100.0	67.9	28.1	2.5	1.5

Fuente: CEPAL, Oficina de Montevideo, en base a datos ENEVISA 1999.

iii. Apoyo de otros familiares

Desde el punto de vista social y afectivo, la comunicación con otros familiares que no sean los hijos constituye otra importante red de apoyo a las personas adultas tanto en edades jóvenes como avanzadas, que complementa y en ocasiones sustituye el soporte de los hijos. La gran mayoría de los encuestados (82%) mantiene comunicación con otros familiares que no conviven con ellos (hermanos, sobrinos, tíos, etc.), situación que se mantiene para cada tipo de hogar de residencia del encuestado según la amplitud generacional del mismo.

Cuadro 89
Comunicación de los encuestados con otros familiares distintos de los hijos, según amplitud generacional del hogar (%)

Amplitud generacional del hogar	Total	Se comunica	No se comunica
Total	**100.0**	**82.0**	**18.0**
Personas solas	100.0	79.1	20.9
Parejas solas	100.0	87.9	12.1
Una generación	100.0	75.5	24.5
Dos generaciones	100.0	82.7	17.3
Tres generaciones	100.0	78.4	21.6
Cuatro generaciones	100.0	70.5	29.5

Fuente: CEPAL, Oficina de Montevideo, en base a datos ENEVISA 1999.

Cuando se relaciona el apoyo de otros familiares con el apoyo de los hijos, resulta posible identificar la proporción de la población que se encuentra en situación más crítica por no contar con ninguno de ambos apoyos. La información contenida en el Cuadro 90 muestra que es muy bajo el porcentaje de población en esta situación (1.2%) y que la gran mayoría (89%) cuenta con el soporte de ambas redes.

Cuadro 90
Distribución de la población encuestada según apoyo de los hijos y apoyo de otros familiares (%)

Apoyo de los hijos	Total	Apoyo de otros familiares	
		No tiene	Tiene
Total	**100.0**	**4.7**	**95.3**
No tiene	7.2	1.2	6.0
Tiene	92.8	3.5	89.3

Fuente: CEPAL, Oficina de Montevideo, en base a datos ENEVISA 1999.

iv. Apoyo del vecindario y de amigos

Como complemento al análisis del apoyo que brindan los hijos y otros familiares, la encuesta ENEVISA indagó también sobre la existencia de redes de apoyo conformadas por los vecinos y por amigos, mediante la inclusión de varias preguntas en el cuestionario.

La primera pregunta realizada a los encuestados refirió al número de familias del vecindario a las cuales recurriría en caso de necesidad. Un 12% respondió que a ninguna, repartiéndose casi por mitades entre hombres y mujeres. De los que respondieron afirmativamente, la mayoría (78%) tendría dos o más familias a las cuales recurrir, siendo dicho porcentaje más alto para el caso de la población femenina (88%, contra 80% para la masculina).

Tanto las personas solas como las parejas que viven solas presentan un similar porcentaje de ausencia de redes de apoyo de familias del vecindario (11%). Esta declaración de los encuestados, si bien deja al margen la solidaridad de los vecinos común en casos de emergencia visibles, denota una actitud de aislamiento con el vecindario entre las personas de edades avanzadas que viven solas o en pareja.

Cuando se analiza la información para Montevideo y el Interior urbano, en un marco de generalizada similitud, se observan algunas diferencias a destacar. Así, el porcentaje de personas residentes en el Interior urbano que no recurrirían a ninguna familia del vecindario en caso de necesidad es levemente menor que el correspondiente a Montevideo, siendo también menor el porcentaje que recurrirían a dos o más familias (76%). Las parejas que viven solas observan similares porcentajes respecto a las situaciones de referencia, en tanto que las personas solas tienen mejor relación con el vecindario, reduciéndose la ausencia de apoyo al 8% y aumentando el porcentaje de los que tienen dos o más familias a las que recurrir al 18%.

El contar con amigos es muy importante para tener una vejez socialmente activa. Por ello, las restantes preguntas planteadas a la población encuestada estuvieron relacionadas con la existencia de amigos cercanos, así como con la frecuencia de comunicación telefónica y reunión personal con los mismos. Un 38% de la población encuestada declara no tener amigos, casi un 40% se reúne frecuentemente con amigos, y el 22% restante lo hace con escasa frecuencia. Entre quienes se reúnen frecuentemente con amigos, dos de cada tres mantienen comunicación telefónica frecuente con amigos; en cambio entre quienes se reúnen con escasa frecuencia con amigos sólo uno de cada dos mantiene comunicación telefónica frecuente con amigos. Como resultado final en términos de situaciones preocupantes, puede afirmarse que además del 38% que declara no tener amigos, un 11% adicional mantienen sólo escaso contacto personal y telefónico (Cuadro 91).

La carencia de redes de apoyo de amigos aumenta con la edad y es más acentuada para la población femenina; entre los 55 y 64 años de edad, el 35% de los varones y el 41% de las mujeres no tienen amigos y para quienes alcanzan y sobrepasan los 80 años dichos porcentajes se elevan al 39% y el 48% para hombres y mujeres, respectivamente. Si bien este es un comportamiento esperado, los valores en la adultez parecen algo elevados.

Cuadro 91
Distribución de la población encuestada según frecuencia de reuniones con amigos y de comunicación telefónica con ellos (%)

Comunicación telefónica con amigos	Reuniones con amigos			
	Total	No tiene amigos	Escasa frecuencia *	Frecuentemente *
Total	**100.0**	**38.3**	**22.1**	**39.6**
No tiene amigos	**38.3**	38.3		
Escasa frecuencia *	**27.2**		11.0	16.2
Frecuentemente *	**34.6**		11.2	23.4
Montevideo	**100.0**	**38.7**	**25.2**	**36.2**
No tiene amigos	**38.7**	38.7		
Escasa frecuencia *	**23.0**		12.2	10.9
Frecuentemente *	**38.3**		13.0	25.3
Interior Urbano	**100.0**	**37.8**	**18.8**	**43.3**
No tiene amigos	**37.8**	37.8		
Escasa frecuencia *	**31.7**		9.7	22.0
Frecuentemente *	**30.5**		9.2	21.3

* Para ambas variables, "frecuentemente" comprende las respuestas preestablecidas de Diariamente y Una vez por semana, en tanto que "escasa frecuencia" comprende las respuestas Una vez al mes, Una vez al año y Nunca.
Fuente: CEPAL, Oficina de Montevideo, en base a datos ENEVISA 1999.

El área geográfica de residencia no parece tener influencia en el comportamiento analizado, ya que el porcentaje de población que no tiene amigos en ambas áreas es similar. Sí tiene, en cambio, mayor incidencia en la frecuencia de las reuniones: mientras el 36% de la población encuestada en Montevideo se reúne frecuentemente con sus amigos, sus pares del Interior urbano que también lo hacen alcanzan al 43%.

B. TEMAS EMERGENTES

En esta sección se analiza parte de la abundante información relevada en la encuesta ENEVISA, con el propósito de conocer de modo directo la forma en que las personas adultas mayores perciben determinados problemas vinculados con el entorno social y que tienen incidencia importante sobre la calidad de vida. Se incluye además información relacionada con algunos temas respecto de los cuales no se disponía de antecedentes en el país, tales como el uso de tecnología básica, la previsión de ahorro para la vejez, el perfil de los cuidadores de personas ancianas y la preferencia por las actividades reales que desarrollan, incluidas las que idealmente les gustaría realizar, entre otros.

1. Principal problema social

Se interrogó a la población acerca de si tenía algunos problemas relacionados con necesidades de alimentación, la atención en los servicios de salud, violencia o maltrato en la calle, dificultades con el transporte e incluso y otros que pudiera identificar.

Los resultados que se presentan refieren al principal problema que perciben, seleccionado por el propio encuestado. En general, la gran mayoría de la población investigada, tanto hombres como mujeres, declara en porcentajes similares no percibir ninguno de los problemas señalados.

Cuadro 92
Principal problema percibido por la población encuestada en relación con el entorno social, según sexo y grupos de edades (%)

Sexo y grupos de edades	Total	Necesidades de alimentación	Mala atención en los servicios de salud	Violencia o maltrato en la calle	Dificultades con el transporte	Otro	Ninguno
Total	**100.0**	**2.1**	**2.4**	**5.5**	**3.5**	**0.9**	**85.6**
55 a 64 años	100.0	2.3	3.3	6.4	1.8	0.5	85.7
65 a 79 años	100.0	1.9	2.0	5.7	3.5	0.9	86.0
80 años y más	100.0	2.3	1.2	2.1	8.6	1.8	84.0
Hombres	**100.0**	**2.0**	**2.4**	**5.0**	**3.0**	**1.0**	**86.6**
55 a 64 años	100.0	2.7	2.6	6.4	2.3	0.3	85.7
65 a 79 años	100.0	1.5	2.6	4.5	2.9	1.2	87.3
80 años y más	100.0	1.2	1.1	1.7	6.8	3.4	85.7
Mujeres	**100.0**	**2.2**	**2.4**	**5.8**	**3.8**	**0.8**	**85.0**
55 a 64 años	100.0	2.0	3.8	6.3	1.4	0.7	85.8
65 a 79 años	100.0	2.1	1.6	6.5	3.9	0.8	85.1
80 años y más	100.0	2.9	1.2	2.3	9.5	0.9	83.2

Fuente: CEPAL, Oficina de Montevideo, en base a datos ENEVISA 1999.

Si bien en el conjunto de la población de cada sexo el orden de importancia de los motivos se mantiene, al desagregar por grupos etarios pueden verse algunas situaciones de interés. La violencia y el maltrato en la calle se perciben como el principal problema, tanto entre los varones como entre las mujeres, en los dos grupos de edades menores.

Entre los más ancianos (80 años y más), el transporte constituye el principal problema, lo cual sugiere una relación entre la disminución de la movilidad propia de la edad y las dificultades para abordar con facilidad las unidades de transporte colectivo en las que, salvo raras excepciones, su diseño es inadecuado para el ascenso y descenso de ancianos.

La mala atención en los servicios de salud aparece como problema solamente para el 2% de la población encuestada, opinión concordante entre hombres y mujeres. Este problema es percibido en mayor proporción por las personas de menor edad.

Las áreas geográficas de residencia muestran algunas diferencias a destacar. En primer lugar, la población del Interior urbano percibe el conjunto de los problemas señalados en mayor medida que la residente en Montevideo (16% contra 13%, respectivamente). En segundo lugar, mientras la violencia y el maltrato en la calle constituyen el principal problema entre los montevideanos de 55 años y más de edad (7%), al que le siguen las dificultades con el transporte (2.5%) y las necesidades de alimentación (1.3%), para sus pares del Interior urbano el principal problema es el relacionado con el transporte (4.5%), siguiéndole la violencia y el maltrato en la calle (4.4%) y la mala atención en los servicios de salud (3.7%). El sexo no discrimina en cuanto al orden de los problemas en Montevideo, pero sí lo hace para la población del Interior; las mujeres de esta última área perciben la violencia y el maltrato en primer lugar, mientras para los varones dicho lugar lo ocupa el transporte. Por último, el mayor porcentaje de población que percibe problemas de alimentación corresponde a los varones del Interior urbano, principalmente de las edades más jóvenes, en las cuales se concentra más de la mitad de la población masculina de esta área que señala dicha preocupación.

2. Seguridad ciudadana

La percepción de problemas relacionados con la seguridad ciudadana repercute en las personas ya sea en forma directa, por haber experimentado situaciones traumáticas, o por el temor que las invade cuando les sucede a otras personas de la comunidad. Ello afecta la sensación de bienestar tan necesaria en las edades adultas y en algunos casos conduce a situaciones de aislamiento y falta de participación en actividades realizadas fuera del hogar.

El problema de violencia o maltrato en la calle antes analizado se complementa con la información acerca de problemas de seguridad ciudadana, que se incluye a continuación.

a. La sensación de seguridad en el barrio

La gran mayoría de la población encuestada declara no tener problemas de seguridad en el barrio, es decir, sienten que es seguro frente a acciones como robos, rapiñas, copamientos y otros actos de violencia. La sensación de seguridad es muy homogénea respecto al sexo, siendo prácticamente igual el porcentaje de hombres y mujeres que sienten seguridad en el barrio donde residen (ver Cuadro 93).

Sin embargo, este promedio general engloba grandes desigualdades en materia de sensación de seguridad cuando se analizan los comportamientos según las áreas geográficas de residencia. Más de la mitad de los residentes en Montevideo perciben

inseguridad en el barrio (55%), porcentaje que alcanza sólo un valor mínimo (13%) entre los residentes en el Interior urbano. El sexo no ofrece al interior de estas áreas mayores diferencias en relación a los valores totales.

Cuadro 93
Sensación de seguridad en el barrio entre la población encuestada, según grupos de edades, área geográfica de residencia y sexo. (%),

Área geográfica de residencia y sexo	Total	Total		55 a 64 años		65 a 79 años		80 años y más	
		Seguro	Inseguro	Seguro	Inseguro	Seguro	Inseguro	Seguro	Inseguro
Total	**100.0**	**64.5**	**35.5**	**61.9**	**38.1**	**65.7**	**34.3**	**68.2**	**31.8**
Hombres	100.0	64.4	35.6	64.5	35.5	63.8	36.2	67.3	32.7
Mujeres	100.0	64.6	35.4	59.6	40.4	67.1	32.9	68.7	31.3
Montevideo	**100.0**	**45.1**	**54.9**	**41.8**	**58.2**	**46.0**	**54.0**	**52.2**	**47.8**
Hombres	100.0	45.9	54.1	48.2	51.8	42.3	57.7	52.5	47.5
Mujeres	100.0	44.5	55.5	36.2	63.8	48.5	51.5	52.1	47.9
Interior	**100.0**	**86.8**	**13.2**	**84.4**	**15.6**	**87.0**	**13.0**	**85.0**	**15.0**
Hombres	100.0	84.3	15.7	83.1	16.9	85.9	14.1	81.7	18.3
Mujeres	100.0	86.8	13.2	85.6	14.4	87.7	12.3	86.7	13.3

Fuente: CEPAL, Oficina de Montevideo, en base a datos ENEVISA 1999.

Respecto a la edad del encuestado, se observa una clara tendencia a la disminución de la inseguridad conforme ella avanza, lo que podría estar explicado por la menor exposición al riesgo que tienen las personas de edades avanzadas, dado que como se mencionó anteriormente es muy baja la participación en actividades que se desarrollan fuera del hogar. También podría suponerse que experimentan menos temor por ser generaciones que han vivido en un entorno de mayor seguridad y que poseen un acentuado gusto por el barrio en que habitan. En tal caso, la sensación de seguridad en el barrio estaría condicionada por el gusto por residir en él. Sin embargo, los datos que surgen de relacionar estas dos situaciones muestran que no hay una relación directa nítida entre las mismas.

La inmensa mayoría de las personas encuestadas, un 84%, manifiesta que le gusta mucho el barrio en que vive, en tanto que sólo a un 16% le gusta poco o nada, porcentajes que se mantienen independientemente del sexo y el grupo de edad, y que muestran una leve diferencia entre Montevideo y el Interior urbano.

Del total de personas encuestadas que declaran que les gusta mucho el barrio, un 68% lo sienten seguro, sensación que desciende entre quienes les gusta poco o nada, a un 44%. En el caso de Montevideo, aunque se mantiene el comportamiento general respecto a que a la mayoría le gusta el barrio en que vive independientemente de la percepción de seguridad dado que 50% de ellos lo sienten seguro y 50% inseguro, el 75% de los que declaran que le gusta poco o nada el barrio, lo sienten inseguro. La población encuestada del Interior urbano sigue, para esta ultima situación un comportamiento inverso: el 72% de los que declaran que el barrio les gusta poco o nada, lo sienten seguro.

Cabe observar asimismo que entre quienes declaran que el barrio les gusta poco o nada, la sensación de seguridad en el barrio resulta sistemáticamente más alta para las mujeres: 29% contra menos del 21% en Montevideo y 85% contra 56% en el Interior urbano, lo sienten seguro.

Cuadro 94
Sensación de seguridad en el barrio entre la población encuestada, según gusto por el barrio, área geográfica de residencia y sexo (%)

Gusto por el barrio, área geográfica y sexo	Total	Sensación de seguridad en el barrio		
		Total	Seguro	Inseguro
Total	**100.0**			
Mucho	**83.5**	**100.0**	**68.2**	**31.8**
Hombres		100.0	70.0	30.0
Mujeres		100.0	67.0	33.0
Poco o nada	**16.5**	**100.0**	**44.1**	**55.9**
Hombres		100.0	35.2	64.8
Mujeres		100.0	50.5	49.5
Montevideo	**100.0**			
Mucho	**80.9**	**100.0**	**49.6**	**50.4**
Hombres		100.0	51.9	48.1
Mujeres		100.0	48.0	52.0
Poco o nada	**19.1**	**100.0**	**25.7**	**74.3**
Hombres		100.0	20.6	79.4
Mujeres		100.0	29.1	70.9
Interior urbano	**100.0**			
Mucho	**86.2**	**100.0**	**87.6**	**12.4**
Hombres		100.0	88.7	11.3
Mujeres		100.0	86.8	13.2
Poco o nada	**13.8**	**100.0**	**72.4**	**27.6**
Hombres		100.0	55.9	44.1
Mujeres		100.0	85.2	14.8

Fuente: CEPAL, Oficina de Montevideo, en base a datos ENEVISA 1999.

b. La experiencia personal como víctima de delito

El 9% de la población urbana de 55 años y más de edad ha sido víctima de robo o actos de violencia en la calle o en su domicilio, durante los últimos seis meses. Aunque con poca diferencia, los varones han pasado en mayor medida por esta experiencia que las mujeres (9.5% contra 8.4%), según puede verse en el Cuadro 95.

Claramente vuelve a observarse el mayor grado de violencia a que está sometida la población residente en Montevideo, cuyo porcentaje de víctimas duplica al registrado en el Interior urbano, la que igualmente afecta más, en ambos casos, a los varones que a las mujeres, en relación a la población total de cada sexo.

No obstante, dada la mayor presencia de mujeres entre la población encuestada, la distribución de las víctimas por sexo evidencia una mayoría de mujeres (55% contra 45% de varones), de las cuales un 68% reside en Montevideo. Además, las mujeres que han pasado por esta experiencia se concentran en las edades más jóvenes: 48% tienen entre 55 y 64 años, 42% entre 65 y 79 años y 10%, 80 años y más. En el caso de los varones la distribución es diferente: 46% tienen entre 55 y 64 años, 50% pertenecen al grupo etario intermedio y un 4% a las edades más avanzadas.

La sensación de temor que generan estos hechos alcanza distintos grados según la experiencia personal como víctima de delito. Llama la atención la mayor o casi igual ponderación de la situación intermedia (algún temor), entre quienes hayan o no vivido una situación personal de violencia. En las situaciones extremas el comportamiento responde a lo esperado: el grado de temor es mucho mayor entre quienes han sido víctimas de delito.

Cuadro 95
Experiencia personal como víctima de delito entre la población encuestada, según grupos de edades, área geográfica de residencia y sexo (%)

Área geográfica de residencia y sexo	Total			Víctima de robo o actos de violencia (en los últimos 6 meses)								
				55 a 64 años			65 a 79 años			80 años y más		
	Total	Sí	No	Total	Sí	No	Total	Si	No	Total	Si	No
Total	**100.0**	**8.9**	**91.1**	**100.0**	**10.5**	**89.5**	**100.0**	**8.4**	**91.6**	**100.0**	**5.5**	**94.5**
Hombres	100.0	9.5	90.5	100.0	10.0	90.0	100.0	10.2	89.8	100.0	3.9	96.1
Mujeres	100.0	8.4	91.6	100.0	11.0	89.0	100.0	7.2	92.8	100.0	6.2	93.8
Montevideo	**100.0**	**11.5**	**88.5**	**100.0**	**13.5**	**86.5**	**100.0**	**10.2**	**89.8**	**100.0**	**9.4**	**90.6**
Hombres	100.0	12.3	87.7	100.0	12.3	87.7	100.0	13.3	86.7	100.0	7.9	92.1
Mujeres	100.0	10.8	89.2	100.0	14.6	85.4	100.0	8.3	91.7	100.0	10.2	89.8
Interior urbano	**100.0**	**6.0**	**94.0**	**100.0**	**7.2**	**92.8**	**100.0**	**6.3**	**93.7**	**100.0**	**1.3**	**98.7**
Hombres	100.0	6.5	93.5	100.0	7.5	92.5	100.0	6.9	94.1	100.0	-	100.0
Mujeres	100.0	5.7	94.3	100.0	6.9	93.1	100.0	5.9	93.1	100.0	1.9	98.1

Fuente: CEPAL, Oficina de Montevideo, en base a datos ENEVISA 1999.

Esta pauta general, si bien se mantiene cuando se analiza la situación para cada sexo, cobra mayor relevancia en las mujeres, ya que poco más de la mitad de las que han pasado por un acto de violencia quedaron con mucho temor. En el Gráfico 31 se presenta la distribución de la población encuestada con experiencia personal como

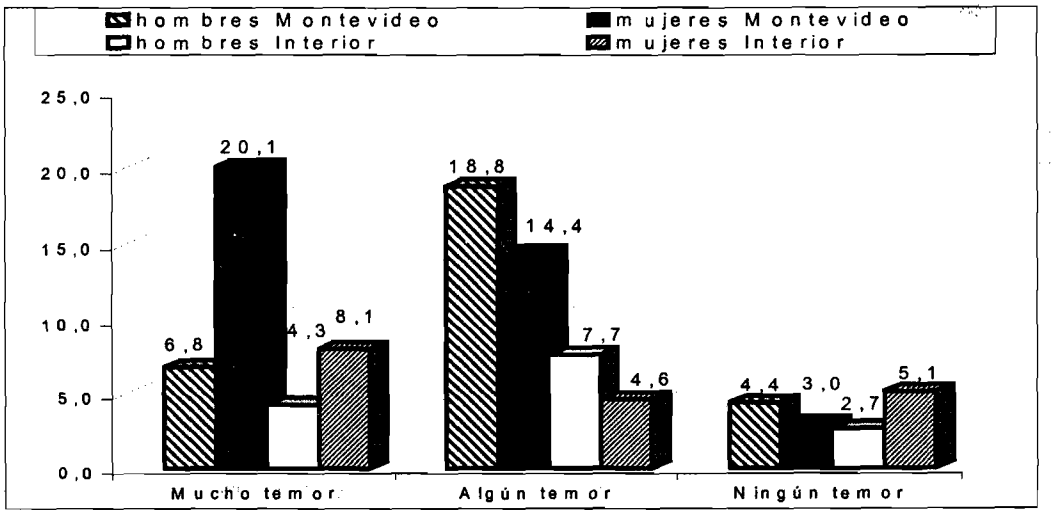
víctima de delito, agrupadas por sexo y área geográfica de residencia, según el grado de temor que ha dejado esa experiencia. De su lectura se concluye que las mujeres residentes en Montevideo constituyen el grupo con más peso en el total de las víctimas de delito, a la vez que las que sienten mayor temor. En orden de importancia le siguen los hombres de Montevideo, que superan por mucho la participación tanto de las mujeres como de los hombres del Interior urbano.

Cuadro 96
Grado de temor entre la población encuestada, según experiencia personal como víctima de delito (%)

Sexo y experiencia personal	Total	Temor de pasar por esa experiencia en el futuro		
		Mucho temor	Algún temor	Ningún temor
Total	**100.0**	**18.2**	**43.2**	**38.6**
Con experiencia	100.0	39.2	45.6	15.2
Sin experiencia	100.0	16.1	43.0	40.9
Hombres	**100.0**	**10.5**	**44.4**	**45.1**
Con experiencia	100.0	24.9	59.3	15.8
Sin experiencia	100.0	9.0	42.8	48.2
Mujeres	**100.0**	**23.8**	**42.2**	**34.0**
Con experiencia	100.0	50.9	34.4	14.7
Sin experiencia	100.0	21.2	43.0	35.8

Fuente: CEPAL, Oficina de Montevideo, en base a datos ENEVISA 1999.

Gráfico 31
Distribución de la población encuestada con experiencia personal como víctima de delito, agrupada por sexo y área geográfica de residencia, según grado de temor (%)



Fuente: CEPAL, Oficina de Montevideo, en base a datos ENEVISA 1999.

c. La experiencia de amigos o parientes como víctimas de delito y el grado de temor consecuente

La sensación de seguridad no experimenta grandes variaciones entre la población encuestada según que la experiencia sea propia o de amigos o parientes. En el Cuadro 97 se ha relacionado el grado de temor que experimentan las personas encuestadas con amigos o parientes que fueron víctimas de un acto delictivo, situación que involucra al 39% de los encuestados en Montevideo, con mínima diferencia entre hombres y mujeres (38% y 40%, respectivamente), y al 17% de los encuestados en el Interior urbano con diferencias más marcadas entre uno y otro sexo (21% entre los hombres y 15% entre las mujeres).

En este caso, son las mujeres las que sienten en mayor medida mucho temor, en porcentajes que alcanzan al 45% en el Interior urbano y al 38% en Montevideo. Entre los hombres los porcentajes de quienes sienten mucho temor representan sólo el 26% en Montevideo y el 18% en el Interior urbano.

Cuadro 97
Grado de temor entre la población encuestada con amigos o parientes que han sido víctima de delito, según área geográfica de residencia y sexo (%)

Área geográfica de residencia y sexo	Total	Temor de pasar por esa experiencia en el futuro		
		Mucho temor	Algún temor	Ningún temor
Total	**100.0**	**32.6**	**53.0**	14.4
Hombres	100.0	23.4	60.9	15.7
Mujeres	100.0	39.6	47.0	13.4
Montevideo	**100.0**	**33.2**	**52.6**	**14.2**
Hombres	100.0	26.3	58.0	15.7
Mujeres	100.0	37.9	48.9	13.2
Interior urbano	**100.0**	**31.1**	**54.0**	**14.9**
Hombres	100.0	17.8	66.4	15.8
Mujeres	100.0	44.9	41.1	14.0

Fuente: CEPAL, Oficina de Montevideo, en base a datos ENEVISA 1999.

3. Percepción de inseguridad para el peatón

En la secuencia de preguntas acerca de los problemas que percibe en el barrio, se incluyó específicamente una referida a la existencia de calles o rutas peligrosas para el

cruce del peatón, que no estuvieran señalizadas. Los resultados presentados en el Cuadro 98 muestran en general, un porcentaje de perceptores bastante homogéneo en cuanto al sexo y al área geográfica de residencia, que varía poco en torno a la media nacional de 29.3%.

La edad plantea algunas diferencias entre la población de Montevideo y la del Interior urbano, ya que mientras la percepción de inseguridad entre la población montevideana aumenta en las edades más avanzadas, en la del Interior urbano tiene un comportamiento inverso. Para esta última, llama la atención la importante reducción de la percepción de inseguridad entre los grupos etarios mayores, sobre todo, en la población masculina.

Cuadro 98
Percepción de inseguridad para el peatón en el barrio entre la población encuestada, según grupos de edades, área geográfica de residencia y sexo (%)

Área geográfica de residencia y sexo	Percibe que en el barrio hay calles o rutas peligrosas para el cruce de peatones, sin señalizar.											
	Total			55 a 64 años			65 a 79 años			80 años y más		
	Total	Percibe	No percibe	Total	Percibe	No percibe	Total	Percibe	No percibe	Total	Percibe	No percibe
Total	**100.0**	**29.3**	70.7	**100.0**	31.6	**68.4**	**100.0**	**28.2**	**71.8**	**100.0**	**25.8**	**74.2**
Hombres	100.0	27.4	72.6	100.0	30.6	39.4	100.0	25.0	75.0	100.0	24.7	75.3
Mujeres	100.0	30.5	69.5	100.0	32.4	67.6	100.0	30.3	69.7	100.0	26.3	73.7
Montevideo	**100.0**	**31.3**	**68.7**	**100.0**	**33.2**	**66.8**	**100.0**	**28.9**	**71.1**	**100.0**	**34.2**	**65.8**
Hombres	100.0	29.6	70.4	100.0	32.3	67.7	100.0	25.5	74.5	100.0	36.6	63.4
Mujeres	100.0	32.4	67.6	100.0	34.1	65.9	100.0	31.1	68.9	100.0	33.0	67.0
Interior urbano	**100.0**	**27.1**	**72.9**	**100.0**	**29.8**	**70.2**	**100.0**	**27.5**	**72.5**	**100.0**	**17.0**	**83.0**
Hombres	100.0	25.2	74.8	100.0	28.7	71.3	100.0	24.6	75.4	100.0	13.0	87.0
Mujeres	100.0	28.4	71.6	100.0	30.6	69.4	100.0	29.5	70.5	100.0	19.0	81.0

Fuente: CEPAL, Oficina de Montevideo, en base a datos ENEVISA 1999.

4. Percepción de contaminación ambiental

La población residente en las áreas urbanas puede verse afectada por las condiciones de su medio ambiente, que van desde la contaminación atmosférica y de los cursos de agua por agentes contaminantes químicos o por acumulación de basuras, hasta la presencia de ruidos molestos. Estos problemas ambientales pueden provocar daño a la salud y resultan especialmente peligrosos para las edades bajo estudio.

La percepción de estos problemas por parte de la población encuestada, si bien no alcanza a medir el grado real de contaminación existente en el área de residencia, constituye una primera aproximación al tema ambiental y refleja la preocupación de las personas por el mismo.

El 17% de la población encuestada percibe problemas ambientales en su barrio. El sexo no plantea diferencias, pero sí lo hace el área geográfica de residencia y la edad. La población del Interior urbano percibe problemas ambientales en un porcentaje significativamente mayor que el correspondiente a la población encuestada de Montevideo (20% versus 14%). Este comportamiento se mantiene para los dos primeros tramos etarios, aunque es en el grupo más joven donde se registra la mayor percepción y es más amplia la brecha que separa a los perceptores de cada área.

Cuadro 99
Percepción de contaminación ambiental en el barrio entre la población encuestada, según grupos de edades, área geográfica de residencia y sexo. (%)

Área geográfica de residencia y sexo	Perciben que existe contaminación ambiental en su barrio											
	Total			55 a 64 años			65 a 79 años			80 años y más		
	Total	Percibe	No percibe	Total	Percibe	No percibe	Total	Percibe	No percibe	Total	Percibe	No percibe
Total	**100.0**	**16.6**	**83.4**	**100.0**	**21.1**	**78.9**	**100.0**	**14.7**	**85.3**	**100.0**	**9.5**	**90.5**
Hombres	100.0	16.5	83.5	100.0	20.4	79.6	100.0	14.6	85.4	100.0	8.1	91.9
Mujeres	100.0	16.7	83.3	100.0	21.7	78.3	100.0	14.8	85.2	100.0	10.3	89.7
Montevideo	**100.0**	**13.6**	**86.4**	**100.0**	**16.8**	**83.2**	**100.0**	**11.6**	**88.4**	**100.0**	**10.6**	**89.4**
Hombres	100.0	13.3	86.7	100.0	18.1	81.9	100.0	10.2	89.8	100.0	5.5	94.5
Mujeres	100.0	13.8	86.2	100.0	15.7	84.3	100.0	12.6	87.4	100.0	13.0	87.0
Interior urbano	**100.0**	**19.9**	**80.1**	**100.0**	**26.0**	**74.0**	**100.0**	**18.1**	**81.9**	**100.0**	**8.5**	**91.5**
Hombres	100.0	20.0	80.0	100.0	23.1	76.9	100.0	19.3	80.7	100.0	10.6	89.4
Mujeres	100.0	19.9	80.1	100.0	28.4	71.6	100.0	17.2	82.8	100.0	7.3	92.7

Fuente: CEPAL, Oficina de Montevideo, en base a datos ENEVISA 1999.

5. Percepción de problemas en el transporte público en el barrio

En párrafos anteriores se señaló que las personas más ancianas declaraban como principal problema social percibido las dificultades con el transporte, lo cual se consideró asociado en parte a dificultades físicas para abordar las unidades. Otra información que complementa la anterior se obtuvo a partir de las respuestas a la pregunta acerca de la falta o baja frecuencia de transporte público en el barrio.

De la población encuestada, un 16% percibe estos problemas con el transporte público. Siguiendo un patrón general, la percepción es más alta entre los varones que entre las mujeres, sobre todo en las edades avanzadas. También es más alta para la población del Interior urbano, ya que un 18% considera que el transporte es escaso o de baja frecuencia, frente a un 14% en Montevideo.

La población total que percibe estos problemas se distribuye por sexo en un 55% de mujeres y un 45% de varones. Respecto al área geográfica de residencia, más de la mitad de los perceptores (54%) corresponden al Interior urbano. La estructura por

edades es similar en cada área y muestra una concentración del 86% de los perceptores en las edades menores a 80 años, repartiéndose casi por mitades entre los dos grupos que la integran.

Cuadro 100
Percepción de problemas en el transporte público en el barrio entre la población encuestada, según grupos de edades, área geográfica de residencia y sexo (%)

Área geográfica de residencia y sexo	Percibe que el transporte público es escaso o de baja frecuencia											
	Total			55 a 64 años			65 a 79 años			80 años y más		
	Total	Percibe	No percibe	Total	Percibe	No percibe	Total	Percibe	No percibe	Total	Percibe	No percibe
Total	**100.0**	**15.9**	**84.1**	**100.0**	**16.3**	**83.7**	**100.0**	**15.0**	**85.0**	**100.0**	**18.0**	**82.0**
Hombres	100.0	17.3	82.7	100.0	19.3	80.7	100.0	14.7	85.3	100.0	21.4	78.6
Mujeres	100.0	14.8	85.2	100.0	13.8	86.2	100.0	15.2	84.8	100.0	16.2	83.8
Montevideo	**100.0**	**14.1**	**85.9**	**100.0**	**15.1**	**84.9**	**100.0**	**12.5**	**87.5**	**100.0**	**17.2**	**82.8**
Hombres	100.0	14.8	85.2	100.0	18.1	81.9	100.0	11.8	88.2	100.0	14.0	86.0
Mujeres	100.0	13.6	86.4	100.0	12.5	87.5	100.0	12.9	87.1	100.0	18.7	81.3
Interior urbano	**100.0**	**17.8**	**82.2**	**100.0**	**17.7**	**82.3**	**100.0**	**17.7**	**82.3**	**100.0**	**18.8**	**81.2**
Hombres	100.0	20.0	80.0	100.0	20.7	79.3	100.0	17.6	82.4	100.0	28.8	71.2
Mujeres	100.0	16.2	83.8	100.0	15.3	84.7	100.0	17.7	82.3	100.0	13.6	86.4

Fuente: CEPAL, Oficina de Montevideo, en base a datos ENEVISA 1999.

6. El cuidado de los mayores

El deterioro del estado de salud -considerado una de las consecuencias menos deseables del envejecimiento- conlleva en muchos casos a situaciones de incapacidad que generan dependencia total o parcial de terceros para la sobrevivencia. En tales casos, el cuidado y la atención de estas personas recae en cuidadores voluntarios y, en general, es en las mujeres en quienes tradicionalmente se delegan dichas tareas.

Hasta el presente, ha sido nulo o muy escaso el conocimiento que se posee tanto en el ámbito nacional como en el internacional sobre las características de los cuidadores voluntarios, y -lo que resulta aún más importante- la incidencia que la prestación de atención y cuidados a personas en situación de incapacidad tiene sobre la propia vida de sus cuidadores. En este sentido, la presente investigación aporta la novedad de analizar el referido tema a partir de información primaria.

a. Perfil de los cuidadores voluntarios

La encuesta ENEVISA interrogó a la población bajo estudio acerca de si tenían a su cargo el cuidado de al menos una persona de 55 años y más de edad que necesitara atención especial para ayudarla en su actividad cotidiana, en tareas tales como llevarla

al médico, controlarle la medicación, efectuarle gestiones bancarias, etc. Fueron excluidos aquellos casos en que lo hacían percibiendo por ello una retribución monetaria.

Los resultados muestran que un 6.1% de la población encuestada tiene a su cargo el cuidado de otras personas, siendo en su mayoría mujeres (68%). Los hombres también declaran ocuparse del cuidado de otras personas, pero en el 85% de los casos tienen a su lado una figura femenina. En cambio el 55% de las mujeres cuidadoras no tienen cónyuge.

Cuadro 101
Perfil de los cuidadores voluntarios indentificados entre la población encuestada (%)

Sexo	Hombres Mujeres	32.5 67.5
Edad	55 a 64 años 65 a 79 años 80 años y más	60.5 37.2 2.3
Hombres	Con cónyuge Sin cónyuge	85.4 14.6
Mujeres	Con cónyuge Sin cónyuge	45.4 54.6

Fuente: CEPAL, Oficina de Montevideo, en base a datos ENEVISA 1999.

Al considerar el tipo de convivencia que tienen los cuidadores con la persona a su cargo, se puede determinar que algo más de la mitad de los cuidadores (51%) lo hacen en forma permanente, dado que conviven con la persona a quien prestan sus cuidados. Respecto a la población de cada sexo, es mayor el porcentaje de mujeres que están en esta situación (53%, versus 48% para los varones). Resulta también superior el porcentaje de mujeres que se ocupan de personas que viven solas. En cambio es mayor el porcentaje de varones que declaran realizar esta actividad cuando la persona cuidada vive con otro familiar o está en una casa de salud. Aunque el cuidado no asuma el carácter de permanente como en el caso de quienes conviven con la persona a su cargo, todas estas situaciones generan igualmente preocupaciones e insumen tiempo a los cuidadores, lo que incide en su propia vida.

Cuadro 102
Tipo de convivencia de los cuidadores voluntarios con la persona cuidada, según sexo (%)

Cuidadores	Total	La persona cuidada vive:			
		En la misma vivienda	Solo / sola	Con otro familiar	En casa de salud
Total	100	51.3	23.1	22.7	2.9
Hombres	100	48.4	15.2	32.7	3.7
Mujeres	100	52.5	27.0	18.0	2.5

Fuente: CEPAL, Oficina de Montevideo, en base a datos ENEVISA 1999.

b. Incidencia sobre la propia vida de los cuidadores

La prestación de atención y cuidados a terceras personas genera situaciones que pueden afectar con distinta intensidad la propia vida de los cuidadores. En tal sentido, la encuesta ENEVISA indagó este tema formulando a los cuidadores un total de nueve preguntas, cada una de las cuales buscó verificar la existencia o no de determinada situación predefinida, abarcando un amplio espectro de posibilidades. Dado que dichas situaciones no son mutuamente excluyentes, los resultados que se presentan en el Cuadro 103 están referidos a nivel de cada línea, al conjunto de los cuidadores ya sea el total general o el de cada sexo.

De los cuidadores, casi el 31% se siente deprimido, el 27% se encuentra cansado, poco menos del 22% dejó de realizar actividades recreativas y culturales, al 21% le falta tiempo para el cuidado de sí mismo, el 20% ha visto deteriorada su salud, algo más del 18% tuvo problemas económicos, algo menos del 13% dejó de realizar actividades físicas, casi el 8% tuvo que dejar de trabajar, y un porcentaje similar tuvo conflictos familiares. Cuando se analiza la incidencia de cada una de estas situaciones sobre los cuidadores de uno y otro sexo, prácticamente para todas ellas los porcentajes entre las mujeres cuidadoras resultan mucho más elevados que los valores totales, a la vez que se incrementa también la multiplicidad de situaciones generadas en cada caso.

Dado que el 61% de estas personas tienen entre 55 y 64 años de edad, cabe considerar además las posibles repercusiones de estas situaciones sobre la calidad de su propio envejecimiento futuro.

Cuadro 103
Incidencia del cuidado de otras personas sobre la propia vida de los cuidadores */

Situaciones generadas	Total de cuidadores	Cuidadores hombres	Cuidadores mujeres
Se siente deprimido	30.6	19.5	36.0
Se encuentra cansado	26.9	15.6	32.3
Dejó de realizar actividades culturales/recreativas	21.5	6.0	29.0
Le falta tiempo para el cuidado de sí mismo	20.8	13.3	24.4
Deterioró su salud	19.6	12.9	22.8
Tuvo problemas económicos	18.4	13.8	20.6
Dejó de realizar actividades físicas	12.6	9.2	14.2
Tuvo que dejar de trabajar	7.7	11.2	6.1
Tuvo conflictos familiares	7.5	3.2	9.6

Fuente: CEPAL, Oficina de Montevideo, en base a datos ENEVISA 1999.
*/ Porcentajes sobre el total de cada grupo de cuidadores.

7. Adaptación a la tecnología

La tecnología ha tenido en la última década un desarrollo formidable, tanto en el plano de las comunicaciones como en el de los accesorios que se utilizan en el hogar y que facilitan y simplifican las tareas domésticas, lo que a la vez permite canalizar el uso del tiempo diario hacia actividades de desarrollo personal.

En la mayoría de las situaciones, la población bajo estudio va quedando paulatinamente marginada de dichos beneficios en razón de que la utilización de los nuevos instrumentos requiere de operaciones que resultan complejas para aquellas generaciones que fueron formadas en una realidad tecnológica muy distinta. Como nada hace suponer que el avance tecnológico se detenga sino que por el contrario continuará incrementándose a pasos agigantados, es necesario conocer el grado de adaptación al cambio tecnológico, conceptualizado a través del "saber usar" algunos elementos que forman parte del quehacer cotidiano.

La presente investigación indagó a la población encuestada acerca del conocimiento en el uso de ciertos dispositivos que se encuentran en la gran mayoría de los hogares o aun fuera de ellos. La necesidad de adaptación resulta básica en ambos casos por cuanto en los primeros, los actuales modelos de electrodomésticos (incluido el teléfono) incorporan muy rápidamente tecnología de avanzada y, en los segundos, los cajeros automáticos sustituyen trámites administrativos de forma irreversible. La importancia del tema radica en la actitud de rechazo ante la complejidad del cambio que adopta un sector de la población, y el consecuente aumento de la brecha que lo separa de la tecnología en uso por el mero transcurso del tiempo, lo que conlleva a situaciones de dependencia para la realización de determinadas actividades instrumentales, lo que favorece a la vez el aislamiento social ya de por sí muy fuerte de los adultos mayores.

Cuadro 104
Población encuestada que sabe usar los instrumentos seleccionados, según grupos de edades (%)

Adaptación a la tecnología	Total	Grupos de edades		
		55 a 64 años	65 a 79 años	80 años y más
Maneja el control remoto	72.7	81.6	71.3	50.1
Maneja el microondas	24.0	31.3	21.4	11.2
Usa o sabe usar un cajero automático	12.4	19.9	9.1	1.3
Sabe usar una computadora para trabajar o jugar	7.5	13.6	4.1	1.5

Fuente: CEPAL, Oficina de Montevideo, en base a datos ENEVISA 1999.

La lectura de los resultados que se presentan en el Cuadro 104 permite dos observaciones de carácter general. El porcentaje de población que se adapta a las nuevas tecnologías, como era de esperar, desciende con la edad y también lo hace cuanto mayor es la complejidad de su manejo. Algo más de la cuarta parte de la población encuestada declara no saber usar el control remoto, porcentaje que pasa de 18% en la adultez a 50% en las edades más avanzadas. El comportamiento por edad no se explica por problemas de capacidad funcional ya que el 97% de la población de 55 a 64 años, el 90% de 65 a 79 años y el 55% de la de 80 años y más son completamente independientes para desarrollar las actividades del diario vivir.

Por su parte, el porcentaje de la población encuestada que maneja microondas parece ser compatible con la posesión del mismo en el hogar, ya que disponen de este electrodoméstico el 24% y 10% de los hogares de Montevideo e Interior urbano, respectivamente.

El saber usar un cajero automático, alcanza a un porcentaje muy bajo de la población, particularmente si se considera el grupo de edad más joven. Teniendo en cuenta el rápido avance de la tecnología y que son más de veinte los años promedio que le restan por vivir a quienes conforman este grupo, parece imprescindible aunar esfuerzos para lograr la aceptación del cambio tecnológico con más rapidez, a fin de evitar su marginación futura.

Este comentario es válido también para el caso de la computadora. Sólo un 14% de la población encuestada más joven conoce su manejo, porcentaje que es muy bajo si se considera que parte importante de la población de este grupo de edades que actualmente trabaja, lo hace en actividades relacionadas con los estratos de ocupación alto y medio, en el que se ubican profesionales, ejecutivos, empresarios, y empleados y vendedores, quienes difícilmente no tengan en su trabajo acceso a una computadora. Por ello, los resultados parecen más responder a un rechazo e inadaptación al cambio.

8. Vejez futura

La necesidad de contar con ingresos que les permitan tener una vejez digna suele ser un motivo creciente de preocupación para las personas en la etapa próxima al retiro de la actividad laboral. Con ese propósito, la encuesta incluyó una pregunta dirigida únicamente a las personas entre 55 y 64 años, a fin de conocer sus perspectivas económicas futuras. La pregunta buscó cuantificar el porcentaje de personas que tenían previsto algún ahorro o medio económico para sustentar su vejez, como ser jubilación, rentas, depósitos bancarios o bienes inmuebles.

El 23% de la población encuestada de entre 55 y 64 años declara no tener ninguna previsión de medio económico para la etapa de su vejez. Las desigualdades de género evidencian nuevamente una desventaja para la población femenina; tanto en relación a la población total que no tiene previsión, como a la total de cada sexo, el peso de las mujeres en esta situación más que duplica el correspondiente a los varones (ver Cuadro 105).

Cuadro 105
Previsión de medios económicos para su vejez entre la población encuestada de 55 a 64 años de edad (%)

Medios económicos para la vejez	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
Total	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**45.3**	**54.7**
Tiene	76.8	85.8	69.2	100.0	51.3	48.7
No tiene	23.2	14.2	30.8	100.0	28.1	71.9

Fuente: CEPAL, Oficina de Montevideo, en base a datos ENEVISA 1999.

Dado que la población de referencia se encuentra todavía en edades activas, llama la atención que no prevean al menos la jubilación como medio para sustentar su vejez, sobre todo si se considera que el 39% de las mujeres y el 93% de los varones que declaran esa situación están trabajando actualmente. El Cuadro 106 muestra para la población de cada sexo, la distribución según las categorías de ocupación pertinentes. Como puede observarse, la inmensa mayoría trabaja como obrero o empleado, correspondiendo además en el 56% de los casos femeninos y en el 31% de los masculinos al sector de actividad de servicios sociales, personales y públicos.

Cuando se analiza cada uno de los medios económicos indagados en forma independiente, lo cual no excluye que la persona tenga además otra previsión de medios, un 61% del total de personas encuestadas tiene o prevé tener jubilación por ser actualmente o en el futuro pasivo. Esta población se reparte casi por mitades entre hombres y mujeres (51% y 49%, respectivamente). En relación al total de cada sexo la

proporción de mujeres que no dispondrán de jubilación (46%) es algo mayor que la correspondiente a los varones (31%).

La población que prevé rentas como medio económico para su vejez alcanza apenas al 9%, en tanto que los depósitos bancarios tienen un peso algo mayor (13%); en ambos casos se distribuyen en forma relativamente similar entre hombres y mujeres.

Cuadro 106
Población encuestada entre 55 y 64 años de edad, que trabaja y declara no tener previsión de medio económico para su vejez, según categoría de la ocupación y sexo
(%)

Categoría de la ocupación	Hombres	Mujeres
Total	**100.0**	**100.0**
Empleado u obrero	71.7	66.9
Patrón	4.0	3.0
Trabajador por cuenta propia	24.3	25.1
Otra (*)	_	5.0

(*) Incluye los trabajadores no remunerados.
Fuente: CEPAL, Oficina de Montevideo, en base a datos de ENEVISA 1999.

9. Actividades reales e ideales

a. Actividades reales

En el relevamiento realizado, al final de la entrevista para que el encuestado contestara libre de presión alguna, se le preguntó cuál era la actividad que le generaba más satisfacción de todo lo que hacía. A efectos de captar lo más fielmente posible el sentir del encuestado, la pregunta se dejó abierta, anotándose en forma textual las respuestas. Posteriormente, el análisis de las anotaciones, así como la gran uniformidad y grado de precisión de las respuestas, permitió clasificar las actividades en ocho categorías. En el Cuadro 107 se presentan los resultados agrupados según la edad de los encuestados.

Las actividades de desarrollo personal constituyen las de mayor peso (41%) en todas las edades consideradas, siguiendo una tendencia creciente con la edad. Entre estas actividades, la jardinería es la que concentra el mayor porcentaje de adherentes (22%). Le siguen en orden descendente, el escuchar radio y mirar televisión (17%); el hacer manualidades (15%); las actividades intelectuales o culturales como leer, tocar un instrumento, escribir, pintar, ir al teatro, conciertos, etc. (14%); el salir de paseo

(10%); y la de práctica de deportes (11%) y de hobbies (8%). El 3% restante se integra con otras actividades entre las que se incluye la capacitación.

Cuadro 107
Actividades reales preferidas entre la población encuestada, según grupos de edades
(%)

Actividades reales preferidas	Total	55 a 64 años	65 a 79 años	80 años y más
Total	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**
De desarrollo personal	41.0	35.1	44.8	45.5
Hacia la familia y el hogar	34.9	34.2	37.4	26.7
El trabajo	8.4	15.3	4.7	0.6
Hacia la comunidad	6.4	6.8	5.2	9.8
Nada en especial	2.4	2.3	2.1	4.1
Nada de lo que hace	1.3	1.7	1.0	1.6
No hacer nada	3.0	2.3	2.2	8.3
Todo lo que hace	2.6	2.3	2.6	3.4

Fuente: CEPAL, Oficina de Montevideo, en base a datos ENEVISA 1999.

Las actividades volcadas hacia la familia y el hogar son las preferidas por el 35% de los encuestados. Entre estas actividades, los quehaceres del hogar como limpiar, lavar y ordenar placares son las de mayor dominio con un 38% . La segunda tarea que genera más satisfacción dentro de esta categoría es cocinar, que representa el 29%. Con un peso también importante le siguen el estar con la familia y atender a los nietos (23%). El 10% restante refiere a tareas de mantenimiento de la casa (pintura, arreglos, etc.). La preferencia por estas actividades decrece con la edad, acorde con la mayor cantidad de personas que no las realizan. Como se señaló al analizar la dinámica hogareña, la misma es muy baja en las edades avanzadas.

El 8% de la población encuestada declara el trabajo que desempeña como la actividad que le genera más satisfacción. Esta preferencia adquiere relevancia entre la población de 55 a 64 años, edades en que gran parte de la misma todavía trabaja. Dicho porcentaje se corresponde con la declaración de preferencia por seguir trabajando que es manifestada por el 53% de la población de este grupo etario.

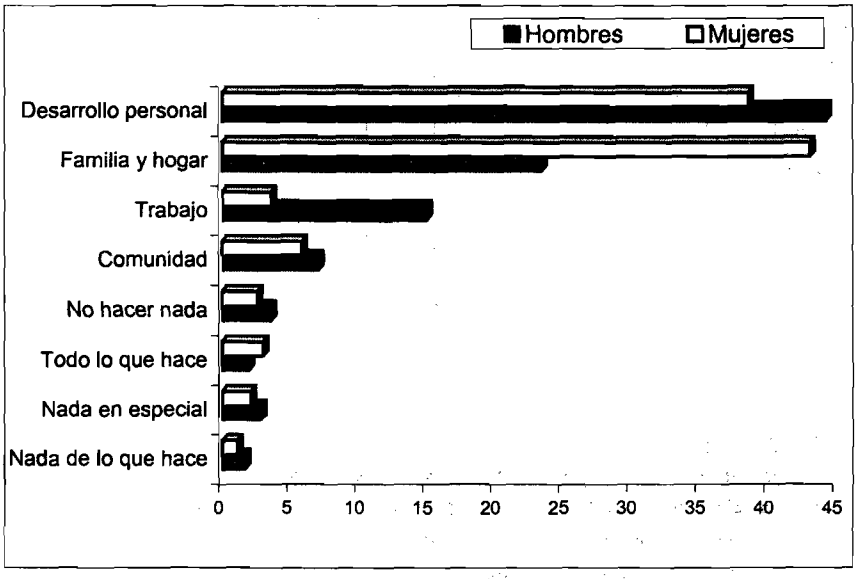
La categoría "nada en especial", que representa un 2.4% del total, se ha considerado en forma independiente por admitir varias interpretaciones: que no tienen interés por nada, que les gusta todo lo que hacen o que no les gusta nada de lo que hacen. Como estas últimas fueron contestadas específicamente, resultaba difícil incluirla en una u otra categoría sin sesgar el resultado.

El 3% de los encuestados manifestaran su preferencia por "no hacer nada", que corresponde a respuestas textuales como: "dormir la siesta", "descansar", "no hacer nada". Dicho porcentaje se eleva con la edad y alcanza al 8% de la población de 80

años y más. Si bien en este grupo las personas totalmente dependientes alcanzan al 22%, esta pregunta fue contestada por los encuestados con capacidad cognitiva, por tanto revela un desinterés total por el entorno que los rodea, lo que por otra parte se corresponde con la baja autoestima encontrada en este grupo (5% se clasificaron en la categoría de autoestima baja y 37% en la de autoestima regular).

Al considerar las actividades reales preferidas por los encuestados de cada sexo, se observan algunas diferencias a destacar. Si bien siguen teniendo el mayor peso las actividades de desarrollo personal y las volcadas hacia la familia y el hogar, la primacía de una u otra cambia entre hombres y mujeres (Gráfico 32). El 43% de las mujeres tienen preferencia por las actividades hacia la familia y el hogar, porcentaje que se reduce a casi la mitad en el caso de los varones (24%). En cambio, las relacionadas con el desarrollo personal son las más preferidas entre los varones (44% versus 39%).

Gráfico 32
Actividades reales preferidas entre la población encuestada según sexo (%)



Fuente: CEPAL, Oficina de Montevideo, en base a datos ENEVISA 1999.

El trabajo, como actividad que genera mayor satisfacción, alcanza al 15% de la población masculina, en tanto es declarado como tal por el 4% de la población femenina. Estas desigualdades no estarían marcando una preferencia mayor de los varones por el trabajo con respecto a las mujeres sino que estarían pautadas por la mayor proporción de varones que trabajan en estas edades. Para las restantes actividades señaladas, las diferencias entre los porcentajes que alcanzan hombres y mujeres son menores y no superan un punto porcentual.

El ordenamiento de las actividades reales preferidas, tanto entre los hombres como entre las mujeres, se mantiene al considerar el área geográfica de residencia. Sin embargo, las relaciones de primacía de las actividades hacia la familia y el hogar

entre las mujeres y de las actividades dedicadas al desarrollo personal entre los hombres son mucho más marcadas en el Interior Urbano que en Montevideo.

Cuadro 108
Actividades reales preferidas entre la población encuestada, según área geográfica de residencia y sexo (%)

Actividades reales preferidas	Total		Montevideo		Interior urbano	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Total	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**
De desarrollo personal	44.2	38.6	40.1	37.4	49.0	40.1
Hacia la familia y el hogar	23.5	43.1	23.5	40.1	23.4	46.3
El trabajo	15.0	3.6	16.6	5.0	13.3	2.0
Hacia la comunidad	7.1	5.9	8.4	5.3	5.6	6.5
Nada en especial	2.9	2.1	2.1	2.7	3.7	1.4
Nada de lo que hace	1.7	1.1	1.5	1.4	1.9	0.8
No hacer nada	3.6	2.6	5.2	3.4	1.8	1.7
Todo lo que hace	2.0	3.0	2.6	4.7	1.3	1.2

Fuente: CEPAL, Oficina de Montevideo, en base a datos ENEVISA 1999.

b. Actividades ideales

El conocimiento de las actividades que idealmente les gustaría hacer a los encuestados constituye un aspecto de especial relevancia en el diseño de políticas que apunten a fomentar un envejecimiento activo. Para atender a dicho propósito, y aplicando criterios similares a los utilizados para la captación de las actividades reales preferidas, se indagó a los encuestados sobre las actividades que más les gustaría hacer, con independencia de lo que hacen actualmente.

Algunas de las categorías resultantes para las actividades ideales se corresponden con las ya señaladas en relación con las actividades reales y siguen manteniendo las mayores preferencias. Tal es el caso de las orientadas al desarrollo personal que alcanza al 65% de los casos, aunque su importancia relativa aumenta fuertemente debido a la rotunda declaración de los encuestados que consideran como actividad ideal "el viajar". Esta última respuesta representa el 58% de las actividades relacionadas con el desarrollo personal, siguiéndole en orden de importancia las actividades físicas con apenas un 9%, las actividades intelectuales o culturales con un 6% y la ejecución de manualidades y artesanías con similar participación.

Cuadro 109
Actividades ideales preferidas entre la población encuestada, según grupos de edades (%)

Actividades ideales preferidas	Total	55 a 64 años	65 a 79 años	80 años y más
Total	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**
De desarrollo personal	64.6	67.8	63.5	58.1
Hacia la familia y el hogar	6.4	5.2	6.6	9.7
Trabajar	5.5	6.9	4.8	3.8
Hacia la comunidad	3.8	4.6	3.7	1.7
Mudarse	2.2	1.7	2.8	1.5
Nada en especial	14.3	11.2	16.1	17.1
No hacer nada	3.2	2.6	2.5	8.1

Fuente: CEPAL, Oficina de Montevideo, en base a datos ENEVISA 1999.

La estructura de las actividades ideales preferidas resulta prácticamente independiente del sexo de los encuestados y del área geográfica de residencia, tal como puede observarse en el Cuadro 110. Las actividades de desarrollo personal mantienen una absoluta primacía aun cuando muestran un nivel algo más bajo para los hombres de Montevideo que compensa el aumento de los que declaran no tener interés por realizar nada en especial.

Cuadro 110
Actividades ideales preferidas entre la población encuestada, según área geográfica de residencia y sexo (%)

Actividades ideales preferidas	Total		Montevideo		Interior urbano	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Total	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**
Hacia la familia y el hogar	5.6	7.0	4.3	4.3	6.9	10.0
De desarrollo personal	62.5	66.0	58.9	66.4	66.4	65.7
Hacia la comunidad	2.5	4.8	2.8	3.9	2.2	5.7
Trabajar	8.0	3.7	8.0	4.1	8.1	3.2
Mudarse	2.3	2.1	1.8	2.5	2.8	1.7
Nada en especial	15.3	13.6	20.2	15.4	9.9	11.6
No hacer nada	3.8	2.8	4.0	3.4	3.7	2.1

Fuente: CEPAL, Oficina de Montevideo, en base a datos ENEVISA 1999.

El relacionamiento de las actividades reales que generan mayor satisfacción a los encuestados con aquellas que idealmente les gustaría hacer, permite en cierta forma aproximarse al grado de realización personal que la población bajo estudio posee. De acuerdo con los resultados que se presentan en el Cuadro 111, sólo en un 35% de los casos coinciden las actividades reales con las deseadas. La mayor coincidencia recae en las actividades desarrollo personal (29%) y dentro de ellas, como se *señalara anteriormente, el pasear y viajar es la que retiene la más alta proporción* de la población encuestada.

Cuadro 111
Relación entre actividades reales y actividades ideales preferidas para la población encuestada (%)

Actividades reales	Total	Actividades ideales						
		Desarrollo personal	Familia y hogar	Trabajo	Comunidad	Mudarse	Nada en especial	No hacer nada
Total	**100.0**	**64.6**	**6.4**	**5.5**	**3.8**	**2.2**	**14.3**	**3.2**
Desarrollo personal	**40.9**	28.7	2.2	2.2	1.4	1.0	4.6	0.9
Familia y hogar	**35.0**	23.0	2.9	1.6	1.1	0.8	4.9	0.6
Trabajo	**8.4**	5.4	0.7	0.7	0.3	0.2	1.0	0.2
Comunidad	**6.4**	3.3	0.2	0.5	0.9	0.1	1.1	0.2
Nada en especial	**2.4**	1.1	-	0.1	-	0.2	1.1	-
Nada de lo que hace	**1.3**	0.3	0.1	0.4	-	-	0.4	0.2
No hacer nada	**3.0**	1.0	0.2	0.1	-	-	0.6	1.1
Todo lo que hace	**2.6**	1.8	0.1	-	0.2	-	0.5	-

Fuente: CEPAL, Oficina de Montevideo, en base a datos ENEVISA 1999.

BIBLIOGRAFIA

Bourgois Pichat, Jean, *Du XXe au XXIe siecle: l'Europe et sa population apres l'an 2000*, Population, vol.43, N°1, 1988.

CEPAL, *Plan de Acción Regional Latinoamericano y del Caribe sobre Población y Desarrollo*, LC/G.1920, Santiago de Chile, 1996.

CEPAL, Oficina Montevideo: *Envejecimiento demográfico y salud. Estudio analítico de datos secundarios*, documento de trabajo sin publicar, febrero de 1999.

CEPAL/CELADE, *Envejecimiento: cuatro facetas de una sociedad para todas las edades*, LC/DEM/G.174, Serie A, N 309, 30 de diciembre de 1997.

CEPAL/BID, Impacto de las tendencias demográficas sobre los sectores sociales en América Latina: contribución al diseño de políticas y programas, LC/DEM/G.161, Santiago de Chile, 1996.

Coopersmith S., *The Antecedentes of Self Esteem*. San Francisco, 1976.

Damonte, Ana María, *Evolución de la mortalidad en Uruguay.* IV Conferencia Latinoamericana de Población, Volumen II, México 1993.

Damonte, Ana María, *Uruguay: tablas completas de mortalidad por sexo y edad. Total del país 1995-1996*, INE/CEPAL-CELADE, LC/DEM/R.289, Montevideo, setiembre, 1998.

Damonte, Ana María, *Género y población adulta mayor. La feminización del envejecimiento*, Ministerio de Educación y Cultura/Instituto Nacional de la Familia y de la Mujer, julio, 1997.

Delbés, Christiane y Gaymu, Joëlle, *Le repli des anciens sur les loisirs domestiques. Effet d'age ou de génération?*, I.N.E.D, 1995.

Grau, Carlos y Lazarov, Luis. *Salud y seguridad social en América Latina del siglo XXI*, 1999. Módulo Salud. Trabajo contratado por la Comisión Sudamericana por la Paz, Seguridad y Democracia.

Golini, Antonio, *Population Ageing in Developed Countries: Lesson Learned and To Be Learned*, United Nations Population Fund (UNFPA)/Population and Family Study Centre (CBGS), ICPD+5 Technical Meeting on Population Ageing, Bruselas 6-9 octubre, 1998.

INE/CEPAL-CELADE, *Uruguay: estimaciones y proyecciones de la población por sexo y edad. Total del país 1950-2050*, LC/DEM/R.287, Serie OI, N° 128, Montevideo, julio, 1998.

Manton G., Stallard E. Y Tolley D., *Limits to human life expectancy: evidence, prospects and implications*, Population and Development Review, Vol. 17, N°4, Diciembre 1991.

Myres, George y Manton, Kenneth, *Compression of mortality, myth or reality?,* The gerontologist, vol.24, 1984.

Olshansky, S. Jay y Carnes, Bruce y Cassel, Christine, *In search of Methuselah: estimating the upper limits to human longevity,* Science, vol. 250, noviembre, 1990.

Rowe J.W., Kahn R.L., *Human aging, usual and successful*, Science 1987; 237:143-149.

Ruiz, L., Gamble, A. y Zetina, G., *La salud de la población envejecida*, Secretaría de Salud, México, 1994.

Tschirhart L. y Donovan M., *Women & Self Steem*. New York: Penguin Books, 1991.

Vellas, Pierre, *Envejecer exitosamente: concebir el proceso de envejecimiento con una perspectiva más positiva*, Revista Salud Pública México, Volumen 38 N°6, 1996.

Walford, Roy, *La vie la plus longue*, Paris, Laffont, 1984.

Wenger, G. Clare, *Review of Findings on Support Networks of Older Europeans*, Journal of Cross-Cultural Gerontology 12, 1997.

ANEXOS

A. DISEÑO DE LA MUESTRA DEL MÓDULO ENEVISA

La Encuesta sobre estilos de vida y salud de la población adulta (ENEVISA), fue aplicada bajo la forma de un módulo complementario de la Encuesta Continua de Hogares, a partir de la segunda semana del mes de febrero de 1999 durante un período de algo más de tres meses, plazo que estuvo condicionado por el encuentro de la persona elegible.

La Encuesta Continua de Hogares, que releva el Instituto Nacional de Estadística (INE) en forma sistemática desde hace varias décadas, es una encuesta de propósitos múltiples, cuyo ámbito geográfico de aplicación es desde 1998 el conjunto conformado por las localidades de 5.000 o más habitantes. Por tanto, la información resultante de su aplicación está referida a la población residente en áreas urbanas de ese tamaño, que habita en hogares particulares.

La Encuesta Continua de Hogares diferencia en su diseño tres niveles geográficos: Montevideo; las localidades y áreas urbanas (amanzanadas) ubicadas en los departamentos de Canelones y San José, en un radio de 30 Km. a partir del kilómetro cero, denominado Periferia de Montevideo en los citados departamentos; y, finalmente, el resto del Interior urbano. El denominado Interior urbano corresponde a la agregación de los dos últimos niveles indicados. Cabe señalar que la muestra es estratificada, bietápica para Montevideo y la Periferia, y trietápica en el resto del Interior urbano.

Selección de la persona a entrevistar en la Encuesta ENEVISA

Se entrevistó una persona por hogar que cumpliera el requisito de ser elegible, entendiéndose por tal, las que al momento de la entrevista tuvieran 55 años y más de edad.

No todos los hogares de la Encuesta Continua de Hogares incluyen personas elegibles; de aquellos que sí tienen, se seleccionó una sola persona. El criterio de selección se diseñó de modo de entrevistar un grupo de aproximadamente 1.500 personas, cuya distribución fuera proporcional a la de las personas elegibles en la población, por sexo, grupo de edades y área geográfica de residencia.

El encuestador de la Encuesta Continua de Hogares indicó la presencia de personas elegibles en los hogares que visitaba y, mediante la utilización de tablas apropiadas, se eligió cuál persona debía ser encuestada en la ENEVISA. La selección continuó hasta cubrir las diversas proporciones esperadas en cada grupo de edad y sexo.

A continuación se presentan las tablas de distribución de entrevistas para las principales áreas de la encuesta.

Distribución de la muestra de la Encuesta ENEVISA, por área geográfica, sexo y grupos de edades

Áreas geográficas y grupos de edades	Total	Hombres	Mujeres
Total del país	**1,501**	**625**	**876**
55 a 64 años	608	276	332
65 a 79 años	708	288	420
80 años y más	185	61	124
Montevideo	**839**	**349**	**490**
55 a 64 años	340	154	186
65 a 79 años	396	161	235
80 años y más	103	34	69
Interior urbano	**662**	**276**	**386**
55 a 64 años	268	122	146
65 a 79 años	312	127	185
80 años y más	82	27	55
Periferia *	**141**	**59**	**82**
55 a 64 años	57	26	31
65 a 79 años	66	27	39
80 años y más	18	6	12
Resto del Interior urbano	**521**	**217**	**304**
55 a 64	211	96	115
65 a 79	246	100	146
80 o más	64	21	43

* La Periferia (de Montevideo) incluye las localidades (barrios) comprendidos dentro de un límite aproximado a los 30 kilómetros a partir del kilómetro cero en los departamentos de Canelones y San José. En Canelones quedan incluidos: Ciudad de la Costa, Las Piedras, La Paz, Pando y todos los fraccionamientos y localidades menores dentro del radio especificado. En San José, están incluidos Playa Pascual, Delta del Tigre y las localidades menores dentro del radio mencionado.

B. METODOLOGÍA DE CONSTRUCCIÓN DE LAS VARIABLES

En el presente Anexo se describen en forma suscinta los criterios básicos aplicados en el proceso de construcción de variables complejas, a partir de variables primarias cuya información fue relevada directamente a través de la encuesta.

El proceso de agrupamiento secúencial de variables constituye el hilo conductor de la descripción. Una parte de ésta se relaciona con la definición de las categorías utilizadas para cada una de las variables primarias, en tanto que en relación con las variables complejas se identifican las categorías generadas. Estas últimas se definen a partir de las situaciones normativas simples de cruzamiento de las correspondientes categorías de las variables primarias (prototipos). La asignación de las restantes situaciones a las categorías así generadas para las variables construidas se realizó mediante un posterior proceso de inclusión de las mismas de acuerdo a su mayor o menor aproximación a las situaciones simples.

1. Estado de salud

La variable dependiente de mayor importancia en el estudio es el Estado de salud, para la cual se definen cuatro categorías: Muy bueno, Bueno, Regular y Malo. Éstas se construyen a partir de variables relacionadas con la percepción de enfermedades crónicas, la capacidad funcional, y la evaluación del estado físico del entrevistado.

Las enfermedades crónicas percibidas, refieren a las enfermedades de carácter crónico que el encuestado padece, como ser hipertensión, obesidad, cataratas, etc. A partir de esta declaración, se establecieron tres niveles según el número de enfermedades percibidas: No percibe, Percibe una enfermedad, Percibe más de una enfermedad.

La Capacidad funcional se construye a partir del grado de independencia con que el entrevistado puede desarrollar un conjunto de actividades clasificadas a su vez en, por un lado, actividades elementales y, por el otro, actividades instrumentales. De acuerdo a esta definición, los encuestados se clasifican en tres niveles: completamente independientes, cuando pueden llevar a cabo sin ayuda ambos tipos de actividades; parcialmente independientes, cuando requieren de ayuda para realizar alguna de las actividades instrumentales, y dependientes, cuando requieren de ayuda para llevar a cabo al menos una de las actividades elementales.

Para conformar la variable referida a la evaluación del estado físico del entrevistado, se toman en cuenta dos dimensiones. Por una parte, se recurre a la *Autoevaluación del estado físico* que realiza el propio entrevistado, la que permite establecer cuatro estados: Muy bueno, Bueno, Regular y Malo. Por la otra, se recurre a la *comparación con otras personas de su misma edad,* realizada por el entrevistado, la que se clasifica en tres estados según sea mejor, igual o peor que los demás.

2. Factores de riesgo

Los factores de riesgo considerados han sido las variables Estilo de vida, Tensión y Sensación de bienestar. La combinación de las diferentes categorías conformadas para cada variable permiten establecer tres grados de riesgo: bajo, relativo y alto.

Riesgo bajo:	Estilo de vida:	Muy positivo o Positivo
	Tensión:	Baja o nula
	Sensación de bienestar:	Alta
Riesgo relativo:	Estilo de vida:	Relativamente positivo
	Tensión:	Moderada
	Sensación de bienestar:	Baja
Riesgo alto:	Estilo de vida:	Relativamente positivo o Nada positivo
	Tensión:	Intensa
	Sensación de bienestar:	Baja

A continuación se define la forma de construcción de las diferentes categorías de cada variable.

a. Estilo de vida

Se clasifica en cuatro categorías, a partir de diversas combinaciones de sus dos dimensiones: la personal y la social.

MUY POSITIVO	personal:	muy positivo
	social:	integrado
POSITIVO	personal:	positivo
	social:	integrado o aislado dinámico
RELATIVAMENTE POSITIVO	personal:	relativamente positivo
	social:	integrado o aislado dinámico
NADA POSITIVO	personal:	nada positivo
	social:	aislado pasivo

i. Dimensión personal

Se construyeron cuatro categorías: Muy positivo, Positivo, Relativamente positivo y Nada positivo.

ESTILO DE VIDA PERSONAL "MUY POSITIVO"

Hábitos alimentarios: consumo de alimentos: dieta muy buena o buena
consumo de sal bajo o nulo
ingesta de líquidos buena

Vicios sociales: nulos

Actividad física: intensa o moderada

ESTILO DE VIDA PERSONAL "POSITIVO"

Hábitos alimentarios: consumo de alimentos: dieta buena
consumo de sal bajo o nulo
ingesta de líquidos buena

Vicios sociales: moderados

Actividad física: intensa o moderada

ESTILO DE VIDA PERSONAL "RELATIVAMENTE POSITIVO"

Hábitos alimentarios: consumo de alimentos: dieta regular
consumo de sal moderado o elevado
ingesta de líquidos regular

Vicios sociales: poco moderados

Actividad física: mínima

ESTILO DE VIDA PERSONAL "NADA POSITIVO"

Hábitos alimentarios: consumo de alimentos: dieta mala
consumo de sal elevado
ingesta de líquidos baja

Vicios sociales: severos

Actividad física: ninguna

HÁBITOS ALIMENTARIOS

Consumo de alimentos: Se construyeron cuatro categorías de dieta: Muy buena, Buena, Regular y Mala. Para obtenerlas se asignaron puntajes a cada alimento en función de la frecuencia semanal de consumo considerada buena o mala para la salud. Los puntajes

van de 0 a 12 y la escala se divide en cuatro tramos que representan las categorías de dieta:

Muy buena: puntajes 10, 11 y 12
Buena: puntajes 7, 8 y 9
Regular: puntajes 4, 5 y 6
Mala: puntajes 0, 1, 2 y 3

Consumo de sal. Se formaron tres categorías:

Elevado: agrega sal a los alimentos
Moderado: come con sal moderadamente
Bajo o Nulo: come sin sal o con un mínimo

Ingesta de líquidos. Se formaron tres categorías

Buena: toma 3 o más litros por día
Regular: toma entre 1 y 2 litros por día
Baja: toma menos de 1 litro por día

ACTIVIDAD FÍSICA. Se construyeron cuatro categorías en base a la frecuencia y al tiempo de dedicación.

Intensa: - realiza una o más actividades, 30 y más minutos, 5 y más veces a la semana

Moderada: - realiza una o más actividades, 30 y más minutos, 3-4 veces a la semana
- realiza una o más actividades, 60 y más minutos, 1-2 veces a la semana

Mínima: - realiza una o más actividades, 15 a 60 minutos, 1-2 veces a la semana
- realiza una o más actividades, menos de 15 minutos, 5 y más veces a la semana

Ninguna: -realiza una o más actividades, menos de 15 minutos, 1-4 veces a la semana
- no realiza actividades

VICIOS SOCIALES

Consumo de tabaco. Se formaron cuatro categorías de consumo.

Alto: 11 o más cigarrillos diarios
Moderado: 7 a 10 cigarrillos diarios
Bajo: 1 a 6 cigarrillos diarios
Nulo: no consume

Consumo de alcohol. Se formaron tres niveles de consumo:

Severo: 3 o más vasos diarios

Moderado: 2 vasos diarios
Ocasional o nulo: ocasionalmente o no toma

ii. Dimensión social

Se construyeron tres categorías :

Integrado: - Trabaja y/o tiene Participación social Alta o Media

Aislado dinámico:
- No trabaja
- Participación social Baja
- Dinámica en el hogar Alta o Media

Aislado pasivo:
- No trabaja
- Participación social Baja
- Dinámica en el hogar Baja

PARTICIPACIÓN SOCIAL: construida en base a las actividades de tipo social declaradas por los encuestados en la pregunta K.2 del cuestionario. A partir de la frecuencia de realización de las actividades indagadas, se elaboró un indicador de resumen definido como la suma de las frecuencias correspondientes. Se calcularon los valores promedio por tramo de edad y se definieron las categorías del modo siguiente:

Baja: tienen participación inferior al promedio del indicador en su grupo de edad y no concurren a servicios religiosos ni realizan o reciben visitas.

Media: tienen participación inferior al promedio del indicador en su grupo de edad pero concurren a servicios religiosos o realizan o reciben visitas, o ambas actividades simultáneamente.

Alta: tienen participación superior o igual al promedio del indicador en su grupo de edad.

DINÁMICA EN EL HOGAR: construida a partir de dicotomizar la realización o no de actividades declaradas en la pregunta K.1 del cuestionario, clasificando en tres categorías según el número total de actividades que realiza.

Dinámica Baja: realizan 0 ó 1 actividad
Dinámica Media: realizan 2 ó 3 actividades
Dinámica Alta: realizan 4 ó más actividades

Para el grupo de 80 años y más la definición se modifica, pasando aquellos que realizan una actividad a la categoría de Dinámica Media.

INFORMACIÓN: La información se mide por las siguientes actividades:

- ver televisión/vídeos
- leer un periódico o diario
- leer libros o revistas científicas
- escuchar radio/música

Alta:	responde Sí a todas
Media:	responde Sí al menos a tres actividades
Regular:	responde Sí al menos a dos actividades
Baja o nula:	responde Sí a una de las cuatro o a ninguna

b. <u>Sensación de bienestar</u>

Se formaron dos niveles: alta y baja, que combinan las categorías de autoestima, bienestar familiar, satisfacción con la vivienda y satisfacción con el barrio.

ALTA:	- autoestima:	alta
	- bienestar familiar:	bueno
	- satisfacción con la vivienda:	positiva
	- satisfacción con el barrio:	positiva
BAJA:	- autoestima:	regular o baja
	- bienestar familiar:	regular o malo
	- satisfacción con la vivienda:	regular o negativa
	- satisfacción con el barrio:	regular o negativa

AUTOESTIMA: se contruye combinando las respuestas a las preguntas de la parte L del cuestionario, según el siguiente esquema.

Pregunta L.15	Pregunta L.13	Pregunta L.01		
		Si	A veces	No
Si	Si			
	No			
	A veces			
No	Si			
	No			
	A veces			
A veces	Si			
	No			
	A veces			

Alta

Regular

Baja

BIENESTAR FAMILIAR: la sensación de bienestar en relación con la familia se construyó a partir de las respuestas a las preguntas H.2 y L.1.03. Si la persona vive sola

no se considera la pregunta H.2. Combinado las alternativas de respuesta se formaron tres categorías de esta variable.

Bueno: - se siente Cómodo con los integrantes del hogar
- se siente querido Siempre por su familia y amistades

Regular: - se siente Ni bien ni mal con los integrantes del hogar
- se siente querido A veces por su familia y amistades

Malo: - se siente Incómodo o Muy incómodo con los integrantes del hogar

VIVIENDA: la satisfacción con la vivienda se midió por la respuesta a la pregunta G.4 del cuestionario.

Positiva: muy satisfecho o satisfecho
Regular: poco satisfecho
Negativa: nada satisfecho

BARRIO: la satisfacción con el barrio se midió por la respuesta a la pregunta G.6 del cuestionario.

Positiva: le gusta mucho
Regular: le gusta poco
Negativa: no le gusta nada

c. Tensión

Se formaron cuatro niveles : Intensa, Moderada, Baja y Nula

INTENSA	Estrés:	intenso
	Miedos o temores:	permanentes
MODERADA	Estrés:	moderado
	Miedos o temores:	relativos
BAJA	Estrés:	bajo
	Miedos o temores:	relativos o nulos
NULA	Estrés:	nulo
	Miedos o temores:	nulos

ESTRÉS . Se consideran cuatro niveles en base a la tensión real, el nivel de relajación y el consumo de medicamentos para dormir.

Intenso:	Tensión real:	intensa
	Nivel de relajación:	bajo
	Consumo de medicamentos para dormir:	siempre o casi siempre
Moderado:	Tensión real:	intensa o moderada
	Nivel de relajación:	alto o moderado
	Consumo de medicamentos para dormir:	siempre o casi siempre
Bajo:	Tensión real:	baja
	Nivel de relajación:	alto o moderado
	Consumo de medicamentos para dormir:	casi nunca o nunca
Nulo:	Tensión real:	baja o nula
	Nivel de relajación:	alto o moderado
	Consumo de medicamentos para dormir:	nunca

MIEDOS O TEMORES. Se construyeron tres niveles: Permanentes, Relativos y Nulos, de acuerdo con las alternativas de respuesta a las preguntas sobre temores planteada en L.1 del cuestionario.

REPÚBLICA ORIENTAL DEL URUGUAY
INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

CEPAL (Montevideo)

ENCUESTA SOBRE ESTILOS DE VIDA Y SALUD DE LA POBLACIÓN ADULTA (ENEVISA)

URUGUAY - 1999

El carácter SECRETO de la información está garantizado por el Art. 17 de la Ley N° 16.616 del 20/10/994.

A. UBICACIÓN GEOGRÁFICA

DIRECCIÓN:

Calle o camino: _____

_____

Nº: _____ Apto.: _____

Teléfono: _____

1	Nº DE CUESTIONARIO	
2	DEPARTAMENTO	
3	SECCIÓN CENSAL	
4	SEGMENTO	
5	ZONA	
6	VIVIENDA	

B. INTEGRANTES DEL HOGAR MENORES DE 55 AÑOS

ANOTE EL NOMBRE Y Nº DE PERSONA QUE LE CORRESPONDE EN LA *ENCUESTA CONTINUA DE HOGARES*

NOMBRE y APELLIDO	Nº	NOMBRE y APELLIDO	Nº	NOMBRE y APELLIDO	Nº

C. SELECCIÓN DEL INFORMANTE

ANOTE EL NOMBRE, LA EDAD, EL SEXO Y EL CÓDIGO DE PERSONA QUE LE CORRRESPONDE, DE LAS PERSONAS DE 55 AÑOS Y MÁS DE EDAD DE ESTE HOGAR, COMENZANDO POR EL DE MENOR EDAD

TRAMO I - de 55 a 64 años			
NOMBRE y APELLIDO	EDAD	SEXO	Nº
		H 1 M 2	
		H 1 M 2	
		H 1 M 2	
		H 1 M 2	

TRAMO II - de 65 a 79 años			
NOMBRE y APELLIDO	EDAD	SEXO	Nº
		H 1 M 2	
		H 1 M 2	
		H 1 M 2	
		H 1 M 2	

TRAMO III - de 80 años o más			
NOMBRE y APELLIDO	EDAD	SEXO	Nº
		H 1 M 2	
		H 1 M 2	
		H 1 M 2	
		H 1 M 2	

INFORMANTE SELECCIONADO: LA TABLA DE SELECCIÓN INDICA QUE DEBO REALIZAR LA ENCUESTA A: .....

D. DETALLE DE VISITAS

	FECHA	HORA	RESULTADO
1ra.			
2da.			
3ra.			

E. RESPONSABLES DE LA INFORMACIÓN

TRABAJO DE CAMPO		REVISIÓN E INGRESO	
Encuestador	Supervisor	Crítico-Codificador	Digitador

F. OBSERVACIONES

1 *¿Existen limitaciones para desarollar la entrevista con el informante seleccionado?*

NO ..... ○ 1
SI ..... ○ 2
Si existen, cuáles son? _____

2 *El informante seleccionado ...*

¿Contesta solo, sin ayuda? ..... ○ 1
¿Contesta con ayuda de otra persona? ..... ○ 2
¿Otra persona contesta por él? ..... ○ 3

3 *Otras observacicones:*

_____

G. LA VIVIENDA

1 *¿Esta vivienda es?*

- Propiedad de Ud. (y de su esposo/a) y ya la pagó ..... ○ 1
- Propiedad de Ud. (y de su esposo/a) y la está pagando ..... ○ 2
- Propiedad de Ud. y de otro familiar (hermano, hijo, etc.) y ya la pagó ..... ○ 3
- Propiedad de Ud. y de otro familiar (hermano, hijo, etc.) y la está pagando ..... ○ 4
- Propiedad de otro miembro del hogar (ir a preg. 4) ..... ○ 5
- Alquilada (ir a preg. 3) ..... ○ 6
- Ocupante y la vivienda es propiedad de un familiar (hijo, sobrino, hermano) (ir a preg. 4) ..... ○ 7

Sólo si el entrevistado es propietario.

2 ***En caso de necesitarlo ¿puede Ud. disponer de su venta en forma inmediata?***

- Si ..... ○ 1
- No ..... ○ 2

(Si ya la pagó ir a preg. 4)

3 ***¿De donde proviene el dinero para el pago del alquiler o la cuota?***

- Totalmente de ingresos propios (y de cónyuge) ..... ○ 1
- Parcialmente de ingresos propios (y de cónyuge) ..... ○ 2
- Totalmente de otras personas ..... ○ 3

4 ***En general, ¿cómo diría Ud. que se siente respecto a la vivienda?***

- Nada satisfecho ..... ○ 1
- Poco satisfecho ..... ○ 2
- Satisfecho (ir a preg. 6) ..... ○ 3
- Muy satisfecho (ir a preg. 6) ..... ○ 4

5 ***¿Cuál es el motivo por el cual no se siente satisfecho?***

	SI
1 Falta de privacidad (comparte dormitorio)	○ 1
2 Falta de protección contra el frío	○ 1
3 Falta de mantenimiento (cañerías rotas, paredes húmedas, etc.)	○ 1
4 Problemas con los vecinos (con los gastos comunes, ruidos, etc.)	○ 1
5 Otro: _____ (especifique)	○ 1

6 ***¿Cúanto le gusta el barrio en que vive?***

- Nada ..... ○ 1
- Poco ..... ○ 2
- Mucho ..... ○ 3

7 ***En su barrio, ¿tiene alguno de los siguientes problemas?***

	SI	NO
1 Es inseguro (hay robos, rapiñas, copamientos, etc.)	○ 1	○ 2
2 Hay calles o rutas peligrosas para el cruce de peatones, sin señalizar	○ 1	○ 2
3 El transporte público es escaso o de baja frecuencia	○ 1	○ 2
4 Hay basurales, ruidos molestos, malos olores, contaminación del aire o cursos de agua, etc.	○ 1	○ 2
5 Otro: _____ (especifique)	○ 1	○ 2

8 ***Durante los últimos 6 meses ¿ha sido Ud. víctima de robo o actos de violencia en la calle o en su domicilio?***

- Si ..... ○ 1
- No ..... ○ 2

9 ***¿Conoce Ud. amigos o parientes de su edad que hayan pasado por esa experiencia?***

- Si ..... ○ 1
- No ..... ○ 2

10 ***¿Tiene Ud. temor de pasar por esa experiencia en el futuro?***

- Mucho temor ..... ○ 1
- Algún temor ..... ○ 2
- Ningún temor ..... ○ 3

11 ***¿Participa o está vinculado a alguna institución o grupo social, o deportivo, del barrio?***

- Si ..... ○ 1
- No ..... ○ 2

Si contestó Si, ir a parte H si no vive solo; si vive solo ir a parte I.

12 ***¿Cuál es la razón por la cual no participa?***

	SI	NO
1 No hay instituciones en el barrio	○ 1	○ 2
2 No le gusta ir solo/a	○ 1	○ 2
3 Tiene miedo dejar la casa sola	○ 1	○ 2
4 No le interesa	○ 1	○ 2
5 Otra: _____ (especifique)	○ 1	○ 2

Resto siga a parte I

H. LOS INTEGRANTES DEL HOGAR Y SU RELACIÓN

1 *Dígame el nombre y el parentesco que tienen con Ud. las personas que viven aquí:*

NOMBRE Y APELLIDO	PARENTESCO 1 Cónyuge 2 Hijo/a 3 Yerno/nuera 4 Padre/madre 5 Suegro/a 6 Nieto/a 7 Otro 8 Serv. doméstico	PARA USO DE LA OFICINA No. de persona que le corresponde en la ECH
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		

2 *En general, ¿cuán cómodo se siente Ud. en su relación con estas personas?*

Muy incómodo ..... ○ 1
Incómodo ..... ○ 2
Ni bien ni mal ..... ○ 3
Cómodo ..... ○ 4

Filtro **SI EN EL HOGAR VIVEN EL ENTREVISTADO, CÓNYUGE, HIJOS O PADRES SOLAMENTE (si en parentesco están marcadas las opciones 1,2, 4 y 8) SIGA A PARTE I.**

3 *¿Cuál es la principal razón por la cual Ud. vive con estas personas?*

Económica ..... ○ 1
De salud ..... ○ 2
De soledad ..... ○ 3
Otra: _____ ○ 4
(especifique)

PARA TODAS LAS PERSONAS

I. REDES DE APOYO

1. *¿Tiene hijos que no viven con usted?*

Si ..... ○ 1
No ..... ○ 2

SÓLO SI TIENE HIJOS QUE NO VIVEN AQUI.

2. *Dígame el nombre de todos los hijos que no viven aquí:*

NOMBRE (1)	SEXO (2) 1 Hombre 2 Mujer	EDAD (3)	ESTADO CIVIL O CONYUGAL (4) 1 Casado/a o Unido/a 2 Separado/a o divorciado/a 3 Viudo/a 4 Soltero/a	¿DONDE VIVE? (5) 1 En este barrio 2 Otro barrio/localidad de este departamento 3 En otro departamento 4 En el extranjero 5 No sabe	¿SE COMUNICA CON EL O ELLA? (6)	
					Personalmente (1) 1 Diariamente 2 1 vez por semana 3 1 vez al mes 4 1 vez al año 5 Nunca	Por teléfono (2) 1 Diariamente 2 1 vez por semana 3 1 vez al mes 4 1 vez al año 5 Nunca
1						
2						
3						
4						
5						

3. *En general, ¿cómo diría Ud. que es su relación con ellos?*

Muy mala ..... ○ 1
Ni buena ni mala ..... ○ 2
Buena ..... ○ 3
Muy buena ..... ○ 4

4. *Sin contar a sus hijos, ¿hay otros familiares, que no viven aquí, con los que Ud. se comunica?*

Si ..... ○ 1
No (ir a preg. 6) ..... ○ 2

5. *Dígame el nombre de hasta 3 familiares con los que Ud. se comunica :* (seleccione según la importancia que tengan para Ud.)

NOMBRE (1)	SEXO (2) 1 Hombre 2 Mujer	PARENTESCO (3) 1 Padre/madre 2 Suegro/a 3 Hermano/a 4 Nuera/yerno 5 Nieto 6 Sobrino/a 7 Cuñado/a 8 Otro	EDAD (4)	¿SE COMUNICA CON EL O ELLA? (5) Personalmente (1) 1 Diariamente 2 1 vez por semana 3 1 vez al mes 4 1 vez al año 5 Nunca	Por teléfono (2) 1 Diariamente 2 1 vez por semana 3 1 vez al mes 4 1 vez al año 5 Nunca
1	☐	☐	☐☐	☐	☐
2	☐	☐	☐☐	☐	☐
3	☐	☐	☐☐	☐	☐

6 *¿A cuántas familias en su vecindario Ud. recurriría en caso de necesidad?*

(Si contesta ninguna anote 00) ☐☐
N° familias

7 *¿Cuántos amigos cercanos tiene?*

(Si no tiene amigos anote 00 y pase a parte J) ☐☐

8 *¿Qué tan frecuente se comunica con sus amigos por teléfono?*

Diariamente ..... ○ 1
1 vez por semana ..... ○ 2
1 vez al mes ..... ○ 3
1 vez al año ..... ○ 4
Nunca ..... ○ 5

9 *¿Qué tan frecuente se reune con ellos?*

Diariamente ..... ○ 1
1 vez por semana ..... ○ 2
1 vez al mes ..... ○ 3
1 vez al año ..... ○ 4
Nunca ..... ○ 5

J. PARTICIPACIÓN ECONÓMICA

1 *¿Trabaja Ud. actualmente?*

Si (ir a preg. 3) ..... ○ 1
No ..... ○ 2

2 *¿Ha trabajado antes?*

Si (ir a preg. 5) ..... ○ 1
No (pase a parte K, Estilo de Vida) ..... ○ 2

3 *Si Ud. pudiera elegir, ¿preferiría ....*

Seguir trabajando ..... ○ 1
Dejar de trabajar ..... ○ 2

4 *¿Cuál es el motivo por el cual trabaja?*

1 OBTENER UN INGRESO
1 Para cubrir o reforzar el presupuesto del hogar ..... ○ 1
2 Para pagar sus propios gastos o vivir en forma independiente ..... ○ 2
3 Para ayudar a familiares que viven con Ud. ..... ○ 3

2 PARA NO PERMANECER INACTIVO ..... ○ 4

(Si actualmente trabaja y es jubilado pregunte por la tarea que realizaba antes de jubilarse. Si trabaja y no es jubilado pregunte por la tarea realizada la mayor parte de su vida, que puede diferir de la actual)

5 En el trabajo más largo que tuvo la mayor parte de su vida, ¿cuál era la tarea que realizaba?

_____

_____

(especifique ocupación) uso de la oficina

6 ¿A qué se dedicaba principalmente el establecimiento u oficina donde realizaba esa tarea?

_____

_____

(especifique rama) uso de la oficina

7 En esa tarea, ¿era Ud...

Empleado u obrero	○ 1
Patrón con personal a su cargo	○ 2
Trabajador por cuenta propia	○ 3
Trabajador familiar no remunerado	○ 4
Otro	○ 5

CONDICIONES DE TRABAJO EN LA OCUPACIÓN PRINCIPAL DECLARADA ANTERIORMENTE.

8 ¿En cuál de estas condiciones Ud. trabajó la mayor parte de su vida?

ILUMINACIÓN (1)	VENTILACIÓN (2)	TEMPERATURA AMBIENTE (3)	HUMEDAD (4)	EXPOSICIÓN A PRODUCTOS NOCIVOS (5)	RUIDOS (6)	TRABAJA/JÓ AL AIRE LIBRE (7)	SU TRABAJO LE PRODUCE/ PRODUCÍA ENOJOS FRECUENTES O NERVIOS AL ESTÓMAGO (8)
1 Excesiva	1 Excesiva	1 Elevada	1 Excesiva	1 Excesiva	1 Excesivos	1 Siempre	1 Siempre
2 Adecuada	2 Adecuada	2 Adecuada	2 Relativa	2 Relativa	2 Relativos	2 A veces	2 A veces
3 Poca o muy baja	3 Poca o muy baja	3 Baja	3 Poca	3 Poco	3 Pocos	3 Nunca	3 Nunca
4 Ninguna	4 Ninguna		4 Ninguna	4 Ninguna	4 Ninguno		
___	___	___	___	___	___	___	___

K. ESTILO DE VIDA

Ahora le haré una serie de preguntas relacionadas con el desarrollo de actividades en su tiempo libre. ¿Podría Ud. decirme?:

ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL HOGAR

1 Durante un día de rutina, ¿cuánto tiempo le dedica a cada una de estas actividades? (contestar para cada actividad)

	NINGUNO (1)	HORAS Menos de 1 (2)	1 - 2 (3)	3 - 4 (4)	5 - 6 (5)	Más de 7 (6)
01 Quehaceres domésticos (cocinar, limpiar la casa, lavar la ropa)	○	○	○	○	○	○
02 Ver televisión/videos	○	○	○	○	○	○
03 Leer un periódico (o diario)	○	○	○	○	○	○
04 Leer libros o revistas científicas	○	○	○	○	○	○
05 Manualidades (tejer, coser, dibujar, pintar, etc.)	○	○	○	○	○	○
06 Escuchar radio/música	○	○	○	○	○	○
07 Trabajar en el jardín	○	○	○	○	○	○
08 Dormir la siesta	○	○	○	○	○	○
09 Otra actividad pasiva (jugar a las cartas, o en la computadora)	○	○	○	○	○	○
10 Hacer las compras diarias	○	○	○	○	○	○
11 Ir a buscar los nietos a la escuela	○	○	○	○	○	○

ACTIVIDADES DE PARTICIPACIÓN SOCIAL (actividades recreativas no físicas)

2 ***En el último mes, ¿cuántas veces?:*** (contestar a cada actividad)

	NINGUNA (1)	1 VEZ (2)	2 VECES (3)	3 VECES (4)	4 ó MÁS (5)
01 Recibió visitas	○	○	○	○	○
02 Salió a visitar familiares o amigos	○	○	○	○	○
03 Fue al cine/teatro/concierto	○	○	○	○	○
04 Asistió a bailes	○	○	○	○	○
05 Asistió a servicios religiosos	○	○	○	○	○
06 Asistió a cursos	○	○	○	○	○
07 Asistió a algún club social	○	○	○	○	○
08 Asisitó a espectáculos deportivos, exposiciones, ferias artesanales, etc.	○	○	○	○	○
09 Fue a parques o plazas	○	○	○	○	○
10 Fue a un restaurante, bar, pizzería, etc.	○	○	○	○	○

ACTIVIDADES FÍSICAS

3 ***¿Realiza Ud. alguna actividad física como ser:***

	1 ¿Cuántas veces a la semana?			2 ¿Cuánto tiempo? (en minutos cada vez)			
	1 - 2 (1)	3 - 4 (2)	5 y + (3)	Menos de 15 (1)	15 - 30 (2)	30 - 60 (3)	60 y + (4)
1 Caminar/correr	○	○	○	○	○	○	○
2 Gimnasia/basquetball/voleibol	○	○	○	○	○	○	○
3 Yoga/natación	○	○	○	○	○	○	○
4 Ciclismo/fulbol	○	○	○	○	○	○	○
5 Otros (bochas, tejo)	○	○	○	○	○	○	○
6 Ninguna	○ NO APLICA			○ NO APLICA			

4. ***¿Practicaba Ud. deportes habitualmente antes de los 50 años?***

Si ..... ○ 1

No ..... ○ 2

HÁBITOS

5. CONSUMO DE TABACO

1 ***¿Podría Ud. decirme cuál es y ha sido su consumo de tabaco?***

Nunca fumó (no fuma ni fumó) ..... ○ 1

Fuma y no fumó (ahora fuma pero la mayor parte de su vida no fumó) ..... ○ 2

No fuma y fumó (ahora no fuma pero la mayor parte de su vida fumó) ..... ○ 3

Siempre fumó ..... ○ 4

Si contestó nunca fumó (1) pase a preg. 6

2 ***¿Cuántos cigarrillos fuma/fumó por día?***

1 a 6 cigarrillos ..... ○ 1

7 a 10 cigarrilos ..... ○ 2

11 y más cigarrillos ..... ○ 3

3 ***¿Durante cuánto tiempo fuma/fumó?***

Período (en años) |_|_| años

6. CONSUMO DE ALCOHOL

¿Qué tan a menudo toma Ud. bebidas que contengan alcohol, como vino, cerveza, caña, grapa, whisky, etc.?

No toma ..... ○ 1

Ocasionalmente ..... ○ 2

Toma 2 vasos al día. ..... ○ 3

Toma 3 ó más vasos diarios ..... ○ 4

7. CONSUMO DE ALIMENTOS

1 *¿Cuántas veces a la semana come o toma:*

Alimentos	1 vez (1)	2 veces (2)	3 veces (3)	4 veces (4)	5 veces (5)	6 veces (6)	7 veces (7)	No consume (8)
01 Carne vacuna o de cerdo	○	○	○	○	○	○	○	○
02 Carne blanca (pescado, pollo)	○	○	○	○	○	○	○	○
03 Harinas (pan, pastas, etc.)	○	○	○	○	○	○	○	○
04 Manteca	○	○	○	○	○	○	○	○
05 Huevos	○	○	○	○	○	○	○	○
06 Queso	○	○	○	○	○	○	○	○
07 Leche/yogurt	○	○	○	○	○	○	○	○
08 Frituras	○	○	○	○	○	○	○	○
09 Comidas preparadas	○	○	○	○	○	○	○	○
10 Frutas frescas o jugos	○	○	○	○	○	○	○	○
11 Verduras	○	○	○	○	○	○	○	○
12 Dulces (tortas, caramelos, mermeladas, bebidas cola o gaseosas, helados, etc.)	○	○	○	○	○	○	○	○

2 *Consumo de sal:*

Come sin sal ..... ○ 1
Come con sal moderadamente ..... ○ 2
Acostumbra agregarle sal a los alimentos antes de probarlos ..... ○ 3

3 *¿Qué cantidad de líquido toma diariamente?* (incluye agua, té, café, mate, refrescos)

Menos de 1 litro (1 vaso = 200 grs.) ..... ○ 1
1 - 2 litros ..... ○ 2
3 ó más litros ..... ○ 3

4 *¿Siempre tuvo esta dieta?*

Si ..... ○ 1
No ..... ○ 2

(Si contesta **Si** ir a pregunta **8.1**)

5 *¿Por qué cambió de dieta?*

Le detectaron una enfermedad crónica ..... ○ 1
Para prevenir enfermedades y sentirse mejor ..... ○ 2
Otro: _____ ○ 3
(especifique)

8. TENSIÓN Y CONSUMO DE MEDICAMENTOS

1 *¿Duerme bien y se levanta descansado?*

Siempre ..... ○ 1
Casi siempre ..... ○ 2
Casi nunca ..... ○ 3
Nunca ..... ○ 4

2 *¿Qué tan frecuente diría Ud. que se siente tenso?*

Siempre ..... ○ 1
Casi siempre ..... ○ 2
Casi nunca ..... ○ 3
Nunca ..... ○ 4

3 *¿Toma Ud.?:*

FRECUENCIA	MEDICAMENTOS PARA DORMIR (1)	SEDANTES O ANTIDREPESIVOS (2)	CALMANTES O ANALGÉSICOS (3)	MEDIAMENTOS PARA LA PRESIÓN, CORAZÓN, ETC. (4)
1 Siempre	○	○	○	○
2 Casi siempre	○	○	○	○
3 Casi nunca	○	○	○	○
4 Nunca	○	○	○	○

L. PROBLEMAS PERSONALES Y SOCIALES

1 Ahora le voy a leer una lista de afirmaciones; por favor, dígame la respuesta que más se acerca a la realidad contestando Sí, No, o A veces, a cada una de ellas.

PROBLEMAS PERSONALES	SI (1)	A VECES (2)	NO (3)
01 Se siente satisfecho con su vida	○	○	○
02 Siente que le falta tiempo para todo lo que hace	○	○	○
03 Se siente querido por su familia y amistades	○	○	○
04 Teme quedarse incapacitado física o mentalmente	○	○	○
05 Teme que algún ser querido tenga un problema grave de salud	○	○	○
06 Teme que familiares y amigos se alejen de Ud.	○	○	○
07 Teme que se le presenten problemas económicos que no pueda enfrentar	○	○	○
08 Nota tensión en el cuello, hombros y nuca	○	○	○
09 Se siente solo	○	○	○
10 Se irrita con facilidad	○	○	○
11 Prefiere evitar las reuniones sociales	○	○	○
12 Piensa que la mayor parte de la gente está mejor que Ud.	○	○	○
13 Se siente inútil	○	○	○
14 Se interesa por realizar cosas nuevas	○	○	○
15 Se siente capaz de resolver los problemas que se le presentan cotidianamente	○	○	○

2 ¿Diría Ud. que tiene algún otro problema, como ser?:

PROBLEMAS SOCIALES	SI (1)	NO (2)	PRINCIPAL (3)
1 Tiene necesidades de alimentación o vestimenta	○	○	○
2 Siente que recibe mala atención en los servicios de salud	○	○	○
3 Siente violencia o maltrato en la calle	○	○	○
4 Tiene dificultades con el transporte para movilizarse	○	○	○
5 Otros: _____ (especifique)	○	○	○
6 No tiene	○ NO APLICA		

1 ***En los últimos 5 años, ¿ha vivido alguna situación crítica que lo haya afectado profundamente?***
(El encuestador esperará una respuesta sin leer las alternativas)

	SI (1)	NO (2)	PRINCIPAL (3)
01 Muerte de un familiar directo	○	○	○
02 Divorcio o separación	○	○	○
03 Pérdida de empleo, quiebra económica, injusticia en el trabajo	○	○	○
04 Emigración de algún hijo	○	○	○
05 Sus hijos se fueron a vivir a otro lado	○	○	○
06 Accidente personal o de personas allegadas	○	○	○
07 Enfermedad de un familiar cercano	○	○	○
08 Asalto, violencia, arrebato	○	○	○
09 Problemas con la justicia (juicios, sentencias pendientes, encarcelamiento)	○	○	○
10 Enfermedad de riesgo personal	○	○	○
11 Jubilación	○	○	○
12 Otra: _____ (especifique)	○	○	○
13 Ninguna	○ NO APLICA		

2 ***¿Ud. considera que esta situación afectó su salud actual?***

Si ..... ○ 1

No (ir a parte N) ..... ○ 2

3 ***¿Cómo afectó ello su salud actual?*** Escriba en letra clara textual lo que el entrevistado responda.

_____

_____

_____

_____

_____

uso de la oficina

N. ACTIVIDADES ELEMENTALES E INSTRUMENTALES DE LA VIDA COTIDIANA

1 ¿Puede realizar las siguientes actividades solo, con ayuda, o no puede?

1 ACTIVIDADES ELEMENTALES	SOLO (1)	CON AYUDA (2)	NO PUEDE (3)	Para uso de la oficina
1 Bañarse (uso de ducha o bañera)	○	○	○	
2 Vestirse (elige, toma y se pone su ropa)	○	○	○	
3 Ir al baño (a su entero control)	○	○	○	
4 Comer (toma la comida del plato)	○	○	○	
5 Trasladarse (acostarse, levantarse de la cama o sentarse/levantarse de la silla)	○	○	○	
2 ACTIVIDADES INSTRUMENTALES	**SOLO (1)**	**CON AYUDA (2)**	**NO PUEDE (3)**	
1 Subir escaleras	○	○	○	
2 Preparar su comida	○	○	○	
3 Manejar su dinero (pagar la luz, agua, impuestos, sociedad médica)	○	○	○	
4 Tomar medicamentos	○	○	○	
5 Usar transporte (taxi, buses, manejar auto)	○	○	○	

Si puede realizar todas las actividades sin/con ayuda, pase a preguntas de la parte O.

Si contesta que NO PUEDE a alguna actividad, ya sea elemental o instrumental, pregunte, para cada actividad señalada en esa opción, la razón por la cual no puede desarrollarla y anótela según corresponda.

2 ¿Por qué no puede desarrollar la actividad ...

Se leerá en orden cada actividad declarada en la columna (3), sin leer opciones de respuesta

	ACTIVIDADES ELEMENTALES (1)					ACTIVIDADES INSTRUMENTALES (2)				
	Bañarse (1)	Vestirse (2)	Ir al baño (3)	Comer (4)	Trasladarse (5)	Subir escaleras (1)	Preparar su comida (2)	Manejar su dinero (3)	Tomar medicamentos (4)	Usar transporte (5)
1 Incapacidad física (movilidad, visión, audición, respiratoria, caridovascular)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2 Incapacidad mental	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3 Porque no lo dejan	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4 Otro motivo	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

1 *En general, ¿cómo diría Ud. que está físicamente?*

- Mal ..... ○ 1
- Regular ..... ○ 2
- Bien ..... ○ 3
- Muy bien ..... ○ 4

2 *En general, en relación a las personas de su misma edad Ud. diría que físicamente está:*

- Mejor ..... ○ 1
- Igual ..... ○ 2
- Peor ..... ○ 3

P. NECESIDADES DE SALUD

1 *¿Tiene Ud.?*

	SI (1)	NO (2)	USA/TIENE APARATO (3)
1 Problemas con su visión	○	○	○ (lentes)
2 Problemas de audición	○	○	○ (audífono)
3 Algún problema dental que le impide masticar los alimentos	○	○	○ (dentadura postiza)
4 Problemas de movilidad	○	○	○ (aparato ortopédico)
5 Otro tipo de problema físico	○	○	○

Q. ENFERMEDADES CRÓNICAS

1 *¿Tiene Ud. una enfermedad crónica o de larga duración?*
(marque la que corresponda y transcriba el código de la lista adicional)

- ○ Cáncer 0 1
- ○ Diabetes 0 2
- ○ Enfermedad del aparato circulatorio 0 3
- ○ Enfermedades reumáticas 0 4
- ○ Trastornos mentales 0 5
- ○ Enfermedades del sistema nervioso 0 6
- ○ Enfermedades respiratorias 0 7
- ○ Enfermedades del aparato digestivo 0 8
- ○ Enfermedades del aparato genitourinario 0 9
- ○ Otras enfermedades crónicas: _____
  _____ (especifique) 1 0
- ○ No tiene 1 1

R. SALUD PREVENTIVA

Filtro SÓLO PARA LA POBLACIÓN FEMENINA

1 ***¿Cuánto tiempo pasó desde que consultó a un ginecólogo?***

- Menos de 1 año ○ 1
- De 1 a 3 años ○ 2
- Más de 3 años ○ 3
- Nunca consultó ○ 4

2 ***¿Cuánto tiempo pasó desde que se hizo el último Papanicolau (citología oncológica) como medida para prevenir el cáncer de útero?***

- Menos de 1 año ○ 1
- De 1 a 3 años ○ 2
- Más de 3 años ○ 3
- Nunca lo realizó ○ 4
- Lo desconoce ○ 5

3 ***¿Cuánto tiempo pasó desde que se hizo la última mamografía o radiografía de mamas?***

- Menos de 1 año ○ 1
- De 1 a 3 años ○ 2
- Más de 3 años ○ 3
- Nunca la realizó ○ 4

4 ***¿Sabe ud. practicarse un autoexamen de mamas?***

- SI
  - Lo practica con frecuencia ○ 1
  - No lo practica ○ 2
- NO ○ 3

Filtro SÓLO PARA LA POBLACIÓN MASCULINA

5 ***¿Sabe ud. que existe un análisis de sangre para detectar cáncer de próstata?*** (medición de los niveles del Antígeno Prostático Específico (PSA) en la sangre)

- Si ○ 1
- No (pase a parte **S**) ○ 2

6 ***¿Se lo ha hecho alguna vez?***

- Si ○ 1
- No ○ 2
- No sabe ○ 3

7 ***¿Cómo se enteró de su existencia?***

- Por amigos o parientes ○ 1
- Por médicos ○ 2
- Por los medios de difusión ○ 3

S. UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD DURANTE LOS ÚLTIMOS 6 MESES

1 ***En los últimos 6 meses, ¿ha tenido algún malestar, enfermedad o accidente?***

- Si ○ 1
- No (ir a preg. 4) ○ 2

2 ***¿A quién consultó por ese problema?*** (deténgase a la primera respuesta afirmativa)

- Un médico, odontólogo o psicólogo (ir a preg. 4) ○ 1
- Enfermero ○ 2
- Farmacéutico ○ 3
- Curandero ○ 4
- Vecino, amigo, familiar ○ 5
- Otro (líder espiritual de mi congregación) ○ 6
- No consultó ○ 7

3 ***¿Por qué no consultó a un médico, odontólogo o psicólogo?*** (motivo principal)

- No le pareció importante ○ 1
- No tuvo tiempo ○ 2
- Le quedaba lejos ○ 3
- No tenía dinero ○ 4
- Perdía o le descontaban horas de trabajo ○ 5
- Fue y no lo atendieron ○ 6
- La atención es mala ○ 7
- Se medicó Ud. mismo ○ 8
- Otro: _____ (especifique) ○ 9

4 ***¿Cuántas consultas realizó en los últimos 6 meses?***

Si no hizo consultas anote **00**. |__|__| consultas

5 ***Durante los últimos 6 meses, ¿estuvo alguna vez hospitalizado?***

- Si ○ 1
- No ○ 2

Filtro SI NO ESTUVO HOSPITALIZADO IR A PARTE **T**.

6 ***¿Cuántas veces estuvo hospitalizado?***

|__|__| veces

7 ***¿Cuántos días en total estuvo Ud. internado en estos 6 meses?***

|__|__|__| días

8 ***Durante los últimos 6 meses, ¿se le practicó alguna intervención quirúrgica?***

- Si ○ 1
- No ○ 2

9 ***¿Cuán conforme quedó con el servicio médico prestado?***

- Muy desconforme ○ 1
- Desconforme ○ 2
- Satisfecho ○ 3
- Muy satisfecho ○ 4

10 ***¿Y con la atención personal?***

- Muy desconforme ○ 1
- Desconforme ○ 2
- Satisfecho ○ 3
- Muy satisfecho ○ 4

1 GASTO DIRECTO EN SALUD

1 En el mes pasado, ¿cuánto gastó por:	
	$ (en pesos)
01 Cuota mutual (sólo la cuota, no incluya otros servicios)	
02 Emergencia médica	
03 Consulta médica (honorarios, órdenes)	
04 Tickets para medicamentos o estudios clínicos (análisis, radiografías, ecografías, etc.)	
05 En medicamentos comprados en farmacia	
06 Homeopatía y yuyos	
07 En odontólogo (si está en sociedad odontológica ponga la cuota mensual y si está en tratamiento estime cuánto sería mensualmente)	
08 Servicio de compañía en sanatorio y domicilio	
09 Servicio fúnebre y panteón	
10 Pañales geriátricos y sondas	
11 Equipos terapéuticos (anteojos, prótesis, muletas, silla de ruedas, vaporizador, nebulizador, aparatos de presión, lámparas de calor, etc.)	
12 Costos de intervención quirúrgica	
13 Otros (apucuntura, fisioterapia particular, etc.)	

Filtro **SÓLO PARA LAS PERSONAS QUE CONTESTARON HABER REALIZADO ALGUNA CONSULTA EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES**
Resto siga a parte U

2 GASTO INDIRECTO EN SALUD

1 En el mes pasado, ¿cuánto gastó en transporte para llegar al lugar de la consulta médica, laboratorio, consultorio odontológico, etc.? (óminus, taxi)

Si no gastó nada anote **0000**. $ ____ en pesos

Si no asistió a ninguna consulta, ir a parte **U**.

2 ¿Lo acompañó alguien al lugar de la consulta?

Si ..... ○ 1
No ..... ○ 2

3 Ud. (y/o la persona que lo acompañó), ¿dejó/dejaron de trabajar para hacerlo?

Si ..... ○ 1
No (incluye a los que no trabajan o lo hicieron voluntariamente fuera del horario de trabajo) (ir a pregunta **5**) ..... ○ 2

4 ¿Cuántas horas dejó/dejaron de trabajar?

____ horas

5 Ud. (y/o la persona que lo acompañó), ¿tuvo que pagar a alguien para que cuidara a sus nietos, hijos o padres?

Si ..... ○ 1
No (ir a parte **U**) ..... ○ 2

6 ¿Cuánto pagó por este servicio? (aproximadamente)

$ ____ en pesos

1 En el último mes, ¿recibió Ud. ayuda en?

1 TIPO DE AYUDA (1 Si / 2 No)	2 PERSONA O INSTITUCIÓN QUE LA OTORGÓ (1 Persona (familiar, amigo, vecino) / 2 Organismo público (nacional, municipal) / 3 Organismo privado sin fines de lucro (religioso, sindicato, obra social))
1 Alimentos (en bolsón, paquete, caja o por unidad) ☐	☐
2 Comidas en comedores comunitarios ☐	☐
3 Vestimenta ☐	☐
4 Colchones y/ frazadas ☐	☐
5 Medicamentos ☐	☐

V. ADAPTACIÓN A LA TECNOLOGÍA

	SI	NO
1 Maneja Ud. controles remotos	○ 1	○ 2
2 Maneja Ud. el microondas	○ 1	○ 2
3 Usa o sabe usar un cajero automático	○ 1	○ 2
4 Sabe usar una computadora para trabajar o jugar	○ 1	○ 2

W. CUIDADO DE LOS MAYORES

1 ¿Se ocupa Ud. del cuidado de alguna persona o personas mayores de 55 años que necesitan atención especial, como por ejemplo: ayudarla en su actividad cotidiana, llevarla al médico, controlarle la medicación, hacerle gestiones bancarias, etc.?

Si ○ 1

No (ir a parte X) ○ 2

2 ¿Esa persona o personas?

Viven con Ud. ○ 1

Viven solas ○ 2

Viven con otro familiar ○ 3

Otro (casa de salud, asilo) ○ 4

3 El cuidado de esa persona o personas ¿le crea o le creó a Ud. alguna de las siguientes situaciones?

	SI	NO
1 Tuvo que dejar de trabjar	○ 1	○ 2
2 Conflictos familiares	○ 1	○ 2
3 Problemas económicos	○ 1	○ 2
4 No tiene tiempo para el cuidado de sí mismo	○ 1	○ 2
5 Se encuentra cansado/a	○ 1	○ 2
6 Ha tenido que dejar de realizar actividades físicas	○ 1	○ 2
7 Ha tenido que dejar de realizar actividades recreativas y culturales (paseos, cines, teatros, etc.)	○ 1	○ 2
8 Se siente deprimido	○ 1	○ 2
9 Deteriora su salud	○ 1	○ 2
10 Otro: _____ (especifique)	○ 1	○ 2

Filtro **SÓLO PARA LAS PERSONAS ENTRE 55 Y 64 AÑOS**
Resto siga a parte Z

X. VEJEZ FUTURA

1. ¿Tiene previsto algún ahorrro o medio económico para su vejez?

(marque todos los que corresponda)

	SI	NO
Jubilación	○ 1	○ 2
Rentas	○ 1	○ 2
Depósito bancario (caja de ahorro/plazo fijo)	○ 1	○ 2
Bienes inmuebles (propiedades)	○ 1	○ 2
No tiene	○ 1	○ 2

Filtro PARA TODAS LAS PERSONAS

Z. ACTIVIDADES REALES E IDEALES

1 *Entre todo lo que Ud. hace, ¿dígame cuál es la actividad que le genera más satisfacción?*

_____

_____

(escriba con letra clara)

2 *Ahora olvídese de lo que hace actualmente y dígame, ¿qué es lo que más le gustaría hacer?*

_____

_____

(escriba con letra clara)

«Aquí llegamos al final de la entrevista. Quiero agradecerle su colaboración y su paciencia en contestar todas estas preguntas. Su participación ha sido muy importante para el estudio que estamos realizando. También quiero informarle que un supervisor puede eventualmente visitarlo para verificar mi trabajo. Muchas gracias.»

OBSERVACIONES: