

Arreglos de convivencia y su contribución a la esperanza de vida a los 60 años y sus correspondientes años saludables

Sarahí Rueda-Salazar¹

Cecilia Albala²

Jeroen Spijker³

Daniel Devolder⁴

Recibido: 22/08/2021

Aceptado: 04/10/2021

Resumen

La presente investigación se centra en la esperanza de vida a los 60 años y sus correspondientes años saludables, en España, Chile y Costa Rica, tres países con patrones similares de longevidad. El propósito es determinar la contribución de los arreglos de convivencia a la supervivencia y a los años de vida con buena salud. Los resultados indican que Costa Rica presenta la menor brecha de género en la esperanza de vida a los 60 años, sin embargo, no se aprecia la misma ventaja en los años saludables a los 60 años porque las mujeres mayores en Costa Rica tienen un menor porcentaje de años saludables. En general, los distintos arreglos de convivencia tienen un efecto variado en la esperanza de vida a los 60 años y en los años saludables, acorde con las distintas estructuras familiares de las personas mayores en los países incluidos en el estudio.

Palabras clave: envejecimiento, promedio de vida, calidad de la vida, condiciones de salud, familia, composición familiar, América Latina, España.

¹ Doctora en Demografía, Investigadora, Universidad de Southampton. Correo electrónico: s.c.rueda-salazar@soton.ac.uk.

² Máster, Doctora, Profesora titular, Directora de Núcleo de Envejecimiento y Calidad de Vida. INTA/Universidad de Chile. Correo electrónico: calbala@uchile.cl.

³ Doctor, Investigador "Ramón y Cajal". Centre d'Estudis Demogràfics. Correo electrónico: jspijker@ced.uab.es.

⁴ Doctor, Investigador Asociado. Centre d'Estudis Demogràfics. Correo electrónico: ddevolder@ced.uab.es.

Abstract

This paper focuses on life expectancy at age 60 and the corresponding healthy life years in Spain, Chile and Costa Rica, three countries with similar longevity patterns. It aims to determine how living arrangements contribute to survival and healthy years of life. The results show that Costa Rica has the smallest gender gap in life expectancy at age 60; the same advantage is not seen in healthy life years at age 60, however, because the percentage of healthy years is lower among older women in Costa Rica. As a rule, the effect of different living arrangements on life expectancy at age 60 and on healthy life years varies depending on the family structures of older persons in the countries in the study.

Keywords: ageing, life expectancy, quality of life, health conditions, family, household composition, Latin America, Spain.

Résumé

Cette recherche se concentre sur l'espérance de vie à 60 ans et les années de bonne santé correspondantes en Espagne, au Chili et au Costa Rica, trois pays présentant des modèles similaires de longévité. Le but est de déterminer la part des conditions de vie dans la survie et les années de vie en bonne santé. Il ressort des résultats que le Costa Rica présente le plus faible écart entre les sexes en ce qui concerne l'espérance de vie à l'âge de 60 ans. Toutefois, ce même avantage n'est pas observé en ce qui concerne les années en bonne santé à l'âge de 60 ans, car les femmes âgées au Costa Rica présentent un pourcentage plus faible d'années en bonne santé. Dans l'ensemble, les différents modes de vie ont un effet variable sur l'espérance de vie à 60 ans et les années de bonne santé, en fonction des différentes structures familiales des personnes âgées dans les pays étudiés.

Mots clés: vieillissement, espérance de vie, qualité de la vie, état sanitaire, famille, composition des ménages, Amérique latine, Espagne.

Introducción

Hoy en día la salud de las personas mayores está representada por la funcionalidad de sus capacidades físicas y mentales para desenvolverse en su entorno inmediato, más que por la presencia de enfermedades o condiciones de salud (OMS, 2001). En consecuencia, la capacidad de vivir de forma autónoma de la población mayor, entendida como la posibilidad que tiene una persona de realizar sus actividades cotidianas sin supervisión ni ayuda de terceros (Zunzunegui, 2011), es el principal objetivo para un envejecimiento activo y saludable (Menicheti y otros, 2016), dado el creciente envejecimiento de nuestras sociedades. Por ende, en la presente investigación se utilizan como indicadores del estudio las trayectorias funcionales de las personas mayores, que constituyen un buen predictor de sus condiciones de salud y bienestar.

La selección de los países incluidos en el estudio se realizó sobre la base de un criterio de similitud en cuanto a indicadores sociodemográficos y de envejecimiento. Chile y Costa Rica informan una esperanza de vida a los 60 años parecida a la de España, y lo mismo sucede con los niveles educativos y de ingreso. En 2016, la esperanza de vida a los 60 años en Chile era de 21,5 años en el caso de los hombres y de 25,2 en el de las mujeres. En Costa Rica, era de 22,4 años en los hombres y 25,5 en las mujeres. En España, era de 23,1 en los hombres y 27,5 en las mujeres (OMS, 2018). Respecto al nivel educativo, se aprecia una proporción homogénea en la estructura educativa de la población mayor entre los tres países, aunque España muestra una mayor proporción de estudios secundarios (OCDE, 2020). Por último, los tres países también tienen niveles similares de ingreso medio-alto (Banco Mundial, 2019).

A. Envejecimiento y arreglos de convivencia

La región de América Latina y el Caribe ha experimentado un envejecimiento demográfico acelerado en los últimos 20 años como consecuencia de su transición demográfica (Palloni, 2000; Rivero-Cantillano y Spijker, 2015; Naciones Unidas, 2019). Las principales estadísticas nacionales muestran un aumento relativamente rápido de la población de 60 años y del promedio de la expectativa de vida (Robine y otros, 2002; Rowland, 2009; Naciones Unidas, 2019), incluidos los países objeto de estudio. En el cuadro 1 se aprecia que, en el período 2000-2020, Chile y Costa Rica registraron una tasa de crecimiento de la población de 60 años y más del 61% y el 84%, respectivamente. Un aumento considerable en comparación con el observado en España, con apenas un 22% (Naciones Unidas, 2019), que se encuentra por debajo del promedio de todos los países europeos.

Cuadro 1
Chile, Costa Rica y España: población mayor (de 60 años o más), 2000 y 2020
(En porcentajes)

Año	América del Sur	América Latina y el Caribe	Europa	Chile	Costa Rica	España
2000	8,5	8,3	20,3	10,8	8,2	21,4
2020	13,7	13	25,7	17,4	15,0	26,3
Tasa de crecimiento	61,2	56,6	26,6	61,3	84,2	22,7

Fuente: Naciones Unidas, "World Population Prospects 2019", 2019 [en línea] <https://population.un.org/wpp/Download/Standard/Population/>.

En este contexto, los países con este acelerado crecimiento de la población mayor en la región latinoamericana necesitan adecuar su gasto público en el sistema de salud y de pensiones para atender las demandas diferenciadas y específicas de salud de este creciente contingente poblacional, derivadas de sus capacidades funcionales. Los sistemas de salud de los países incluidos en el estudio comprenden características variadas. Así, España (Sevilla, 2006) y Costa Rica (Sáenz y otros, 2011) tienen un sistema de salud público universal y gratuito, mientras que Chile cuenta con un sistema mixto, asumido en parte por el Estado y en parte por el sector privado (Coker, Thomas y Chung, 2013). Aun cuando estos países tienen sistemas diversos, muestran similitudes en cuanto a la capacidad de respuesta de las políticas de salud pública para gestionar las necesidades de cuidado de las personas mayores. Los tres tienen un déficit para satisfacer la demanda de cuidado de su población mayor de acuerdo a sus especificidades de salud y requerimientos de cuidado. Frente a este contexto, las redes familiares surgen como el principal soporte y proveedor del cuidado a edades avanzadas (Glaser y otros, 2006; Glaser, Tomassini y Grundy, 2004; Grundy y Tomassini, 2003; Norton y Stearns, 2009; Saad, 2005; Crystal y Siegel, 2009; Wong y Palloni, 2009).

El cuidado de las personas mayores juega un papel importante en la articulación de los arreglos de convivencia. Por un lado, la familia representa un sistema compensatorio de redes de apoyo intergeneracionales, con hogares de mayor tamaño en los países de América Latina (De Vos, 1995 y 1990; Feng y otros, 2017; Glaser y otros, 2006; Palloni, 2000; Palloni y McEniry, 2007; Palloni y Souza, 2013; Pérez Amador y Gilbert, 2006; Wong y Palloni, 2009; Wong y otros, 2006). La situación es similar en Europa meridional (Gaymu y otros, 2006; Robards y otros, 2012), con la diferencia de que estos países se caracterizan por hogares nucleares, por lo que sus unidades familiares tienen un menor promedio de integrantes (Dykstra y otros, 2009; Grundy y Murphy, 2018; Iacovou y Skew, 2011). Por otro lado, la mujer en sus múltiples roles, como esposa, hija o pariente cercana, representa la principal proveedora de cuidados (Agree y Glaser, 2009; Dykstra y Fokkema, 2011; Grundy, 2001; Read, Grundy y Foverskov, 2016; Tomassini y otros, 2004).

En el gráfico 1 se observan las diferencias por género en el patrón de arreglos de convivencia entre los países incluidos en el estudio. Los hombres de los países latinoamericanos viven con su pareja y con otras personas (por lo general, los hijos) y las mujeres conviven mayormente sin pareja y con hijos. En el caso de España, los hombres mayores conviven gran parte de sus años en la vejez en pareja, mientras que las mujeres a partir de los 80 años residen con otros o en solitario. Este modelo ilustra de alguna manera la paradoja de género en la esperanza de vida: los hombres mueren con menor expectativa de vida que su contraparte femenina y conviven la mayoría de sus años en pareja, mientras que las mujeres, con mayor esperanza de vida, viven a edades más avanzadas como viudas, en solitario o con hijos (Reher y Requena, 2018).

Gráfico 1
Chile, Costa Rica y España: arreglos de convivencia por edad y sexo de la población de 60 años y más
(En porcentajes)

A. Chile: población por grupos de edad y sexo, según arreglos de convivencia, 2006-2017

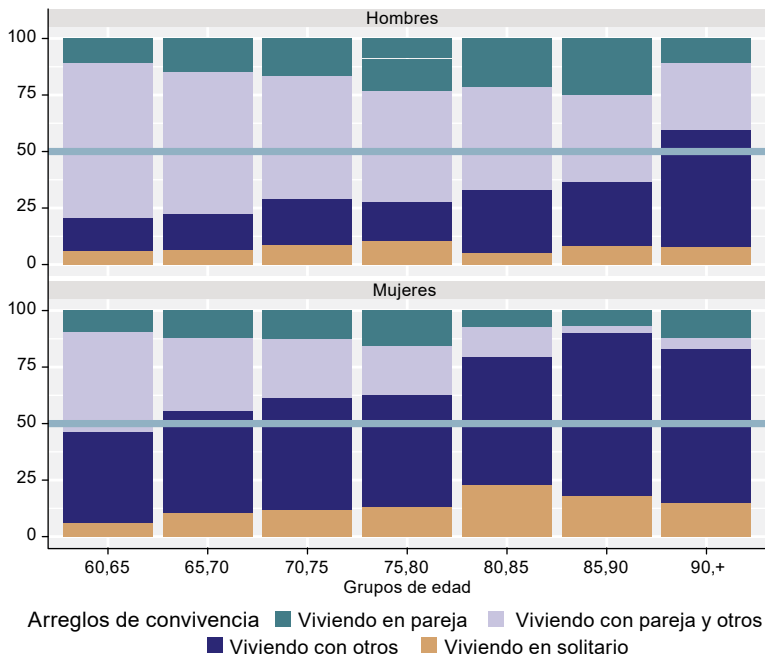
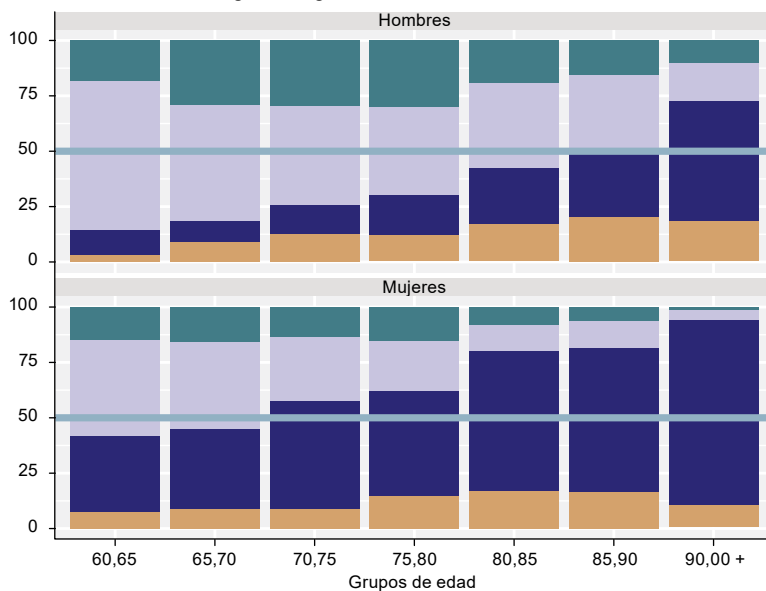
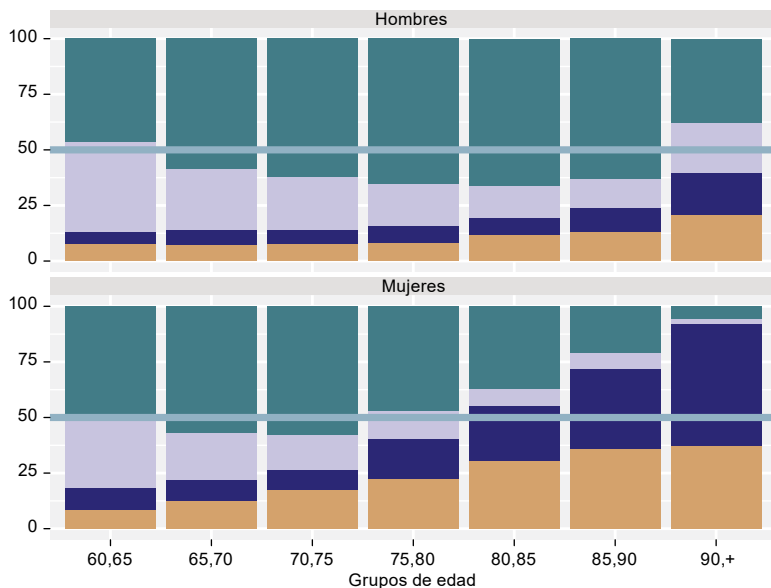


Gráfico 1 (conclusión)

B. Costa Rica: población por grupos de edad y sexo, según arreglos de convivencia, 2005-2009



C. España: población por grupos de edad y sexo, según arreglos de convivencia, 2004-2017



Arreglos de convivencia ■ Viviendo en pareja ■ Viviendo con pareja y otros
 ■ Viviendo con otros ■ Viviendo en solitario

Fuente: Elaboración propia, sobre la base de datos longitudinales de Encuesta de Protección Social (EPS), 2006-2017, Costa Rica: Estudio de Longevidad y Envejecimiento Saludable (CRELES), 2005-2009, y Encuesta de Salud, Envejecimiento y Jubilación en Europa (SHARE), 2004-2017.

Los arreglos de convivencia presentan amplias diferencias entre las distintas regiones e incluso entre países de una misma región. Su conformación es resultado de preferencias individuales, recursos disponibles y pautas culturales, así como de las condiciones socioeconómicas, de las capacidades funcionales de la población al hacerse mayor (Saad, 2005; DPNU, 2019) y de las pasadas tendencias demográficas de fecundidad, mortalidad y nupcialidad (Bongaarts y Feeney, 2006; Bongaarts y Zimmer, 2002; Palloni, 2000; Palloni y McEniry, 2007; (Rodríguez Wong, Carvalho, & Aguirre, 2000). Por tanto, los países donde se haya registrado más pronto el descenso de las tasas de fecundidad serán los que presentarán mayores tasas de vida en solitario y menores tasas de convivencia con hijos (Glaser et al., 2006; Saad, 2005).

En este sentido, en el marco de la importancia que tienen los patrones de coresidencia en la población mayor para las dinámicas de supervivencia y su bienestar en general (Carr & Springer, 2010; Koball, Moiduddin, Henderson, Goesling, & Besculides, 2010; Shapiro & Keyes, 2008), en el presente estudio se exploran las diferencias en los años de vida a los 60 años y los correspondientes años con salud de las personas mayores de Chile, Costa Rica y España. Se indica la contribución de los arreglos de convivencia a los años de vida y se controlan variables sociodemográficas como el sexo y el nivel educativo. En el análisis del efecto de los patrones de convivencia en los años de vida adulta, se explora el entorno inmediato de las personas mayores como rasgos de su estilo de vida, por tratarse de elementos que podrían incidir de forma positiva en la conservación de las capacidades funcionales a edades avanzadas.

B. Estrategia metodológica

1. Fuentes de datos

Se utilizan tres encuestas longitudinales del tipo “panel” para cada país: i) la Encuesta de Protección Social (EPS) (Subsecretaría de Protección Social, s/f) de Chile, de la cual se utilizan cinco rondas (años 2004, 2006, 2009, 2015 y 2017); ii) el proyecto Costa Rica: Estudio de Longevidad y Envejecimiento Saludable (CRELES) (Berkeley Population Center, 2012), del que se utilizan tres rondas (años 2005, 2007, 2009), y iii) la Encuesta de Salud, Envejecimiento y Jubilación de España, que se enmarca en el conjunto de las encuestas de salud, envejecimiento y jubilación en Europa (SHARE) (SHARE, s/f), de la que se utilizan seis olas (años 2004-2005, 2007, 2011, 2013, 2015, 2017).

a) Chile: Encuesta Longitudinal de Protección Social

La EPS es la encuesta más antigua de corte longitudinal en Chile. Se inició en 2002 y a partir de 2004 su representación fue a nivel nacional. Recoge información sobre las características socioeconómicas, la historia familiar, las condiciones del hogar, las

trayectorias laborales, la participación en el sistema de protección social (pensiones) y las condiciones de salud de la población de 18 años y más. La ronda de 2015 cuenta con un refrescamiento de la ronda de 2004 para mantener la representatividad de la población a nivel nacional (Ministerio del Trabajo y Previsión Social, 2016). La ronda de 2017 es una submuestra de la población de las personas mayores (60 años o más) de la ronda de 2015 y se conoce como Encuesta de Calidad de Vida del Adulto Mayor e Impacto del Pilar Solidario (ENCAVIDAM) (Subsecretaría de Previsión Social, 2018). En las cinco rondas utilizadas figuran 17.401 registros correspondientes a 6.775 individuos (60 años o más) entrevistados. De ese total, en este estudio se analiza una muestra de 5.238 individuos, que cuentan con al menos dos seguimientos en un período de 13 años (2004-2017).

b) Costa Rica: Estudio de Longevidad y Envejecimiento Saludable (CRELES)

Esta fuente recoge información sobre las condiciones del hogar, las características socioeconómicas, los estilos de vida e información específica de salud (por ejemplo, salud autopercebida y exámenes físicos de presión arterial, antropometría, prueba de la función cognitiva (*mini-mental test*), recolección de sangre y orina, todo lo cual permite el estudio de una gran variedad de biomarcadores) en el período 2006-2009 mediante tres rondas representativas de la población nacional de 60 años y más, sin incluir refrescamiento (Luis, Fernández, & Dow, 2010). La muestra cuenta con 7.046 registros pertenecientes a 2.827 individuos mayores entrevistados y de ellos, en el presente estudio se analiza a 2.631 individuos que tuvieron al menos dos seguimientos en el período de observación. El análisis se centra en aquellas entrevistas en que no se utilizó la presencia de indicadores indirectos (*proxies*) en las preguntas de salud.

c) Encuesta de Salud, Envejecimiento y Jubilación en Europa (SHARE)

La Encuesta de Salud, Envejecimiento y Jubilación en Europa (SHARE), es de corte longitudinal (tipo “panel”). Comprende información sobre las características socioeconómicas, las trayectorias laborales, las redes familiares, las redes de apoyo social y diversos indicadores de salud (biomarcadores, limitaciones funcionales, prueba de la función cognitiva, satisfacción en la vejez, entre otras) de la población mayor de 50 años en más de 27 países de Europa en el período 2004-2017, mediante siete rondas. De manera similar, las parejas de las personas seleccionadas son entrevistadas independientemente de su edad.

La muestra de España se obtuvo a través del Instituto Nacional de Estadística (INE). Se realizó un refrescamiento de la muestra en la segunda y la cuarta ronda con el fin de mantener la representatividad de la población española mayor de 50 años en todo el período de observación. En este caso, la muestra de la encuesta cuenta con 19.176 registros que corresponden a 6.243 personas de 60 años y más. De ellos, en este estudio se analiza a 5.068 individuos con al menos dos observaciones.

2. Indicadores

Se estima el estado de salud (variable dependiente) de la población objeto de estudio por medio del autorreporte de la capacidad funcional para realizar las actividades siguientes:

- actividades de la vida cotidiana, que incluyen: bañarse, vestirse, utilizar el servicio sanitario, cruzar una habitación caminando, acostarse o levantarse de la cama, y comer;
- actividades instrumentales de la vida cotidiana, en las que se considera la habilidad de manejar el dinero propio, preparar comidas, realizar compras, seguir tratamientos médicos (por ejemplo, tomar medicinas), y
- actividades de movilidad funcional o actividades avanzadas de la vida cotidiana, en las que se consideran las dificultades para caminar varias cuadras, subir por las escaleras varios pisos sin descansar, levantar y estirar los brazos por encima de los hombros, o la dificultad para mover un objeto grande, por ejemplo, un sillón.

La definición del estado no saludable se realizó siguiendo el criterio utilizado en uno de los estudios previos realizados en América Latina (Moreno y otros, 2018). En dicho estudio se considera que hay un estado no saludable si el individuo autorreportó una limitación en al menos una actividad de la vida cotidiana, en dos actividades instrumentales de la vida cotidiana o en tres preguntas de movilidad funcional. Así pues, el individuo que no reportó ninguna de las limitaciones funcionales antes descritas se considera una persona con salud o con buena salud. Estos criterios también se utilizan en la estimación de años de vida saludable o los años con salud a los 60 años.

Respecto de los arreglos de convivencia, las categorías son: vivir solo en pareja (hogar de dos), vivir con pareja y otros, vivir con otros (sin incluir pareja) y vivir en solitario. La categoría de vivir en solitario o “vivir solo” fue construida a partir de la variable “tamaño del hogar”, cuando el hogar tenía un solo miembro. La categoría de “vivir en pareja” fue construida a partir de la variable de situación conyugal o estado civil y del tamaño del hogar en las tres encuestas. En este estudio se considera indistintamente el estado civil o la situación conyugal para referirse a la convivencia con la pareja. Esto se debe a que en estudios anteriores (Herm, Anson y Poulain, 2016) se ha indicado que las dos variables revisten igual importancia en el estudio de la condición de salud y, sobre todo, en la supervivencia de las personas mayores.

En Chile se aplica la variable de “estado civil” y se utilizaron las categorías “casado” y “conviviente” para describir a los que viven en pareja. En Costa Rica se aplica la variable de “estado conyugal” y se utilizaron las categorías “unido” y “casado”. En España, se aplicó la variable de “estado marital” con las dos categorías siguientes: casado(a) que vive con esposo(a) y pareja registrada en la encuesta. La categoría de vivir solamente con pareja se refiere a las personas que contestaron que tenían pareja o estaban casadas y con dos personas en el tamaño del hogar. La categoría “vivir en pareja y con otros” comprende a los individuos que indicaron vivir en pareja y con un tamaño del hogar superior a dos miembros (“otros” puede referirse a parientes o no). La variable “vivir con otros” se basa en los hogares con dos o más integrantes que declararon un estado diferente al de vivir en pareja o estar casado.

Por último, las variables independientes de ajuste (control) en el análisis de las personas mayores utilizadas con los tres países son las siguientes: sexo y edad (como variable continua desde los 60 años). En una primera versión del análisis se incluyó el nivel educativo como variable de control (con dos categorías: primaria o menos y secundaria o más) sin considerar mayores efectos. Por lo tanto, se excluyen de los resultados.

En este estudio se utilizan las tasas de incidencia para calcular los años saludables y la expectativa de vida a los 60 años por medio de la estimación de modelos de múltiples estados. Estos modelos se utilizan en el análisis de supervivencia y para realizar el cálculo de las probabilidades de transición entre estados por medio de un proceso estocástico. Este método también permite explorar simultáneamente el efecto de las variables sobre las transiciones entre estados y, por último, estimar la duración en un estado específico, como la esperanza de vida en años saludables, o con mala salud, o la esperanza total. Este indicador, en el marco de estos modelos, se refiere al tiempo esperado de vida, independientemente del estado actual. Por consiguiente, se emplea un modelo de tipo conocido como *illness death model with recovery*, con tres estados. Dos son estados transitorios (saludable y no saludable), y el otro es un estado terminal (*absorbing*) que no tiene retorno y corresponde a la defunción o la muerte.

Los dos primeros estados (transitorios) están censurados en el intervalo de dos rondas. Es decir, no se conoce el momento exacto de la transición entre los estados, pero se conoce el intervalo de tiempo en que se realizó la transición, que corresponde a las fechas de realización de la encuesta. El tercer estado, que se refiere a la muerte, ocurre una sola vez. Además, ciertas encuestas proveen la fecha exacta de esta transición porque la información de las defunciones proviene de los registros civiles en el caso de Chile. Mientras tanto, las encuestas de Costa Rica y España proveen información retrospectiva sobre las fechas de muertes en el hogar (Rosero-Bixby, Fernández y Dow, 2010; SHARE, 2019).

Los modelos se estimaron con el paquete en R “msm”, versión 1.6.7 (Jackson, 2019) para la estimación de los riesgos (o la probabilidad instantánea (Kleinbaum y Klein, 2012)) de las transiciones entre estados y el cociente de riesgo de las variables explicativas. Estos modelos incluyen la edad como variable continua dependiente, lo que implica que las probabilidades de transición entre estados aumentan o disminuyen de forma logarítmica lineal con la edad, siguiendo una distribución Gompertz. En este caso, la función de probabilidad se estima mediante una aproximación por tramos (*piecewise*) constante y condicionada a la edad (Van den Hout, Sum Chan y Matthews, 2019). Esto quiere decir que la probabilidad instantánea de transición entre estados es constante dentro de cada intervalo de edades. El valor de las edades en los modelos multiestado de supervivencia se transforma de manera lineal para evitar problemas en las estimaciones por valores muy elevados (Van den Hout, Sum Chan y Matthews, 2019). Por tanto, las edades están centradas en la edad mínima del estudio (60 años).

La esperanza de vida estimada a los 60 años, en años saludables o no saludables, corresponde al tiempo de permanencia en estados específicos (calculados en años), también conocido como *sojourn time* y fue estimada a partir del paquete en R “elect”, versión 0.2. Los resultados corresponden a las esperanzas de vida marginales a los 60 años, que se refieren al tiempo total

de vida esperado, independientemente del estado inicial ocupado, y el tiempo esperado de ocupación en cada estado⁵. En este sentido, los autores se limitan a estimar la esperanza de vida marginal total a los 60 años y la esperanza de vida marginal en estado saludable y en estado no saludable. Además, se estimó el efecto de las variables de estudio (arreglos de convivencia) y las variables de ajuste (sexo y educación) sobre la esperanza de vida, por medio de la regresión multinomial en la línea basal. Por último, se calcularon los intervalos de confianza utilizando 500 simulaciones basadas en la estimación de la máxima verosimilitud.

3. Alcance y limitaciones del estudio

En este estudio se hace hincapié en que algunas preguntas no son del todo comparables. Las de participación social en los tres países abarcan diferentes actividades y existen diferencias en la formulación de las actividades de limitaciones funcionales y las categorías de respuesta (véase el anexo 2). Sin embargo, el objeto del estudio, más allá de comparar cada indicador de las actividades de la vida cotidiana, las actividades instrumentales de la vida cotidiana o las actividades avanzadas de la vida cotidiana, es comparar las capacidades funcionales entre los tres países estudiados. Esta información es clave para la estimación del gasto público en materia de provisión de cuidado a mediano plazo.

Es posible comparar los resultados obtenidos aquí con los de otros estudios que han utilizado otros indicadores de salud para la estimación de los años saludables y la esperanza de vida a los 60 años en los mismos países analizados y en otras regiones (Chiu, 2019; Rueda-Salazar y otros, 2021). No obstante, se advierte que en las estimaciones finales incide de forma notable la medida de salud utilizada para medir los años saludables en cualquier grupo de edad (incluida la formulación de las preguntas, las categorías de respuestas, el tipo de entrevista realizada con informante indirecto (*proxy*) o la manera en que el cuestionario es administrado en la encuesta).

La atrición por la pérdida del seguimiento de individuos en la población encuestada en cada uno de los países es un problema común en estudios del tipo “panel” (Van Den Berg y Lindeboom, 1994; De Graaf y otros, 2000; Rothman, 2009; Sierra y otros, 2015). Por ese motivo, la población final de análisis no es representativa de la muestra original. En consecuencia, la distribución de la población estudiada según las variables de estudio como los estados de salud y los arreglos de convivencia podría no reflejar las dinámicas del conjunto nacional en cada uno de los países estudiados. En este sentido, existe evidencia de que hay una mayor probabilidad de que las personas con mejores estados de salud sean las que participen en encuestas (Van Oyen y otros, 2013), mientras que los hombres y las personas de mayor nivel educativo tienen menores probabilidades de contacto que las mujeres en las encuestas (Ministerio del Trabajo y Previsión Social, 2016).

⁵ El tiempo esperado en un estado específico sería, por ejemplo, el tiempo de vida en años de una persona que comenzara la observación en un estado saludable y que continuara o permaneciera en ese estado. Otra esperanza específica sería el tiempo esperado de una persona en estado saludable que transitara a un estado no saludable.

Por último, las transiciones censuradas en el intervalo de las observaciones, como el cambio de un estado saludable a la muerte, que podrían ocultar una transición a un estado no saludable (por ejemplo, los cambios de salud no observados) en el intervalo del tiempo no suponen una limitación para la estimación de las probabilidades de transición o estimación de la esperanza de vida a los 60 años. Esto se debe a que la matriz de transiciones tiene definidas las transiciones posibles y, por medio de los valores iniciales calculados con el uso de la máxima verosimilitud con el paquete “msm”, se pueden calcular estimaciones más próximas a los datos observados (Van den Hout, 2016).

C. Resultados

Al comparar la esperanza de vida total a los 60 años de las mujeres en los tres países (véase el cuadro 2), se aprecia que España tiene mayor esperanza de vida y más años con salud que los países latinoamericanos objeto de estudio. Esta diferencia es más notable en la comparación con las mujeres de Costa Rica. Sin embargo, en el caso de los hombres se aprecia un patrón diferente. Los hombres de Costa Rica tienen mayor esperanza de vida a los 60 años (21,45 años) que los de España (20,97 años) y de Chile (19,35 años). Sin embargo, esta ventaja de la mayor longevidad de los hombres mayores costarricenses se combina con un mayor número de años con mala salud que lo observado en los hombres mayores de Chile y España.

Cuadro 2
Chile, Costa Rica y España: esperanza de vida total, años saludables
y años de vida con mala salud a los 60 años por sexo

País	Esperanza de vida	Hombres	(95% CI)	Mujeres	(95% CI)	Años saludables (en porcentajes)	
						Hombres	Mujeres
Chile	TLE 60	19,35	(16,78 a 21,16)	24,44 ^a	(22,07 a 26,71)	65,27	62,64
	HLE 60	12,63	(10,39 a 14,52)	15,31	(13,39 a 17,1)		
	ULE 60	6,72	(5,21 a 8,34)	9,14	(7,54 a 10,95)		
Costa Rica	TLE 60	21,45	(19,25 a 23,6)	21,63	(19,63 a 23,54)	61,82	52,57
	HLE 60	13,26	(11,44 a 14,91)	11,37	(9,91 a 12,87)		
	ULE 60	8,19	(6,85 a 9,76)	10,26	(8,86 a 11,71)		
España	TLE 60	20,97	(18,59 a 23,08)	26,16 ^a	(23,6 a 28,61)	82,55	64,64
	HLE 60	17,31	(15,02 a 19,4)	16,91	(15,09 a 18,64)		
	ULE 60	3,65	(2,75 a 4,88)	9,25 ^a	(7,41 a 11,36)		

Fuente: Elaboración propia.

Nota: TLE: esperanza de vida total; HLE: esperanza de vida con salud; ULE: esperanza de vida con mala salud.

^a Indica diferencias significativas respecto a los hombres. En el caso de Chile, los valores corresponden a los años 2004, 2006, 2009, 2015 y 2017; en el caso de Costa Rica, a 2005, 2007, 2009; y en el de España, a 2005, 2007, 2009, 2011, 2015 y 2017.

Las estimaciones indican que las diferencias por género en la supervivencia de las personas mayores de 60 años fueron igualmente significativas en Chile y España. En estos países, las mujeres mayores tenían mayor esperanza de vida que los hombres (un patrón observado de forma general en muchos países como la paradoja de género). Mientras tanto, en Costa Rica no se apreciaron diferencias entre hombres y mujeres en cuanto a la expectativa de vida a los 60 años.

Los contrastes más relevantes persisten en los años con mala salud de las mujeres mayores de 60 años. Los resultados indican que las mujeres a sus 60 años vivirán más años con limitaciones en sus capacidades funcionales que su contraparte masculina. Las mujeres mayores de los países latinoamericanos tienen valores más elevados de años con mala salud en términos absolutos (alrededor de 11 años) que lo observado en las mujeres españolas (7 años). Sin embargo, en términos relativos, las mujeres españolas triplican el número de años con mala salud de los hombres a sus 60 años.

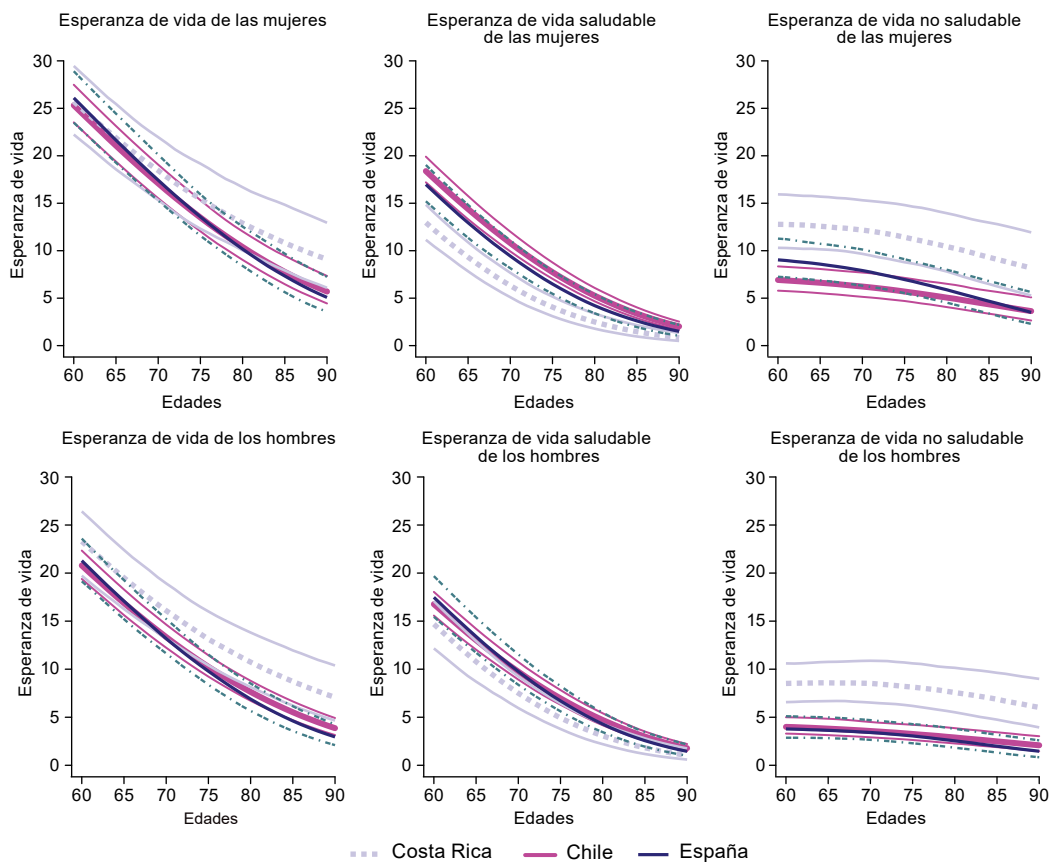
En lo referente a los años con buena salud de las personas de 60 años en los países objeto de estudio, únicamente las personas mayores en Chile mostraron diferencias significativas de género. En este país, las mujeres mayores tienen aproximadamente un año y medio más de años saludables que los hombres, valor similar al encontrado en Costa Rica, sin diferencias significativas. En cuanto a España, tanto las mujeres como los hombres mayores de 60 años mostraron la misma cantidad de años de vida saludable.

Al observar la esperanza de vida desde los 60 años hasta los 90 años (véase el gráfico 2) se aprecia que los años restantes de vida a edades avanzadas (80 años o más) presentan una tendencia a la convergencia entre los tres países. No obstante, en la composición por edad de la muestra (véase el anexo 1) hay pocos individuos de 80 años. Ello dificulta la estimación de un patrón robusto de la esperanza de vida en los últimos grupos de edades, en especial en el caso de Costa Rica, cuyos datos revelan una amplia variabilidad de la muestra.

En general, se aprecia que las personas a los 60 años en Costa Rica reportan un mayor número de años con mala salud y, por tanto, una menor cantidad de años saludables respecto a lo observado en este grupo poblacional en Chile y España. Este patrón se repite en hombres y mujeres en el período de observación. Las mujeres costarricenses de 60 años vivirán al menos un 50% de su vida restante en un estado saludable. En el caso de los hombres, lo harán aproximadamente en un 60%. Por último, se observan similitudes en los años con salud a los 60 años entre los mayores en Chile y España, países que tienen un perfil más parecido sin distinción de género en las trayectorias funcionales expresadas en sus años saludables.

Gráfico 2

Chile, Costa Rica y España: esperanza de vida total, años saludables y años de vida con mala salud desde los 60 hasta los 90 años, por género



Fuente: Elaboración propia.

Nota: Esperanza de vida calculada con los paquetes R "msm" y "elect", con 500 simulaciones.

1. Años de vida a los 60 años según arreglos de convivencia

Entre los distintos grupos de convivencia, la coresidencia en pareja y la vida en solitario mostraron contribuciones relevantes respecto de la supervivencia de las personas mayores a los 60 años, con diferencias notables entre los países latinoamericanos objeto de estudio. En Chile, los hombres mayores que residen solamente con la pareja reportan una mayor expectativa de vida a los 60 años (esperanza de vida: 19 años), aproximadamente dos años más de vida en comparación con aquellos que viven en solitario (esperanza de vida: 17 años) y sin apreciarse este efecto en la contraparte femenina. La situación es diferente en Costa Rica, donde las mujeres mayores reportan una esperanza de vida a los 60 años prácticamente sin variaciones según los arreglos de convivencia (aproximadamente 21,5 años). Sin embargo,

los hombres mayores en este país reflejan variaciones en la supervivencia. Los que viven en pareja tienen mayor longevidad que en otras formas de convivencia (esperanza de vida: 21,3 años), pero sin mostrar diferencias significativas.

En España, por el contrario, los resultados muestran que la población mayor de 60 años que convive solamente con la pareja tiene aproximadamente dos años y medio más de esperanza de vida que las personas de la misma edad que viven en solitario, con diferencias significativas y sin apreciarse distinciones de género (esperanza de vida: hombres en pareja, 21; hombres que viven en solitario, 18,4; mujeres en pareja, 24,9, y mujeres que viven en solitario, 22,5) (véase el cuadro 3).

En lo referente a los años saludables, la contribución de los arreglos de convivencia respecto de la salud a los 60 años presentó exclusivamente un efecto diferencial en el país europeo, sin observarse diferencias significativas en Chile y Costa Rica. Las personas mayores en España que conviven en pareja, tanto hombres como mujeres, tienen la expectativa de vivir dos años más en un estado saludable que quienes viven en solitario (esperanza de vida: hombres en pareja, 17,4; hombres que viven en solitario, 15,4; mujeres en pareja, 17,4, y mujeres que viven en solitario, 15,1).

Por otro lado, con cierta peculiaridad, los resultados mostraron que las personas mayores en Chile que viven en solitario tienen un mayor porcentaje de años con buena salud a los 60 años que aquellos mayores con otro arreglo de convivencia, sin diferencias por género. Les siguen los que reportan la coresidencia con otros y luego los que reportan la convivencia en pareja y otros (que podría denotar la coresidencia en hogares extendidos, conformados básicamente por hijos y la pareja) y, por último, los que reportan la coresidencia en pareja. En Costa Rica, las personas mayores que conviven solo en pareja tienen un mayor porcentaje de años con buena salud, en comparación con las demás formas de convivencia, sin observarse diferencias significativas.

D. Discusión

Este ha sido un estudio comparativo de la esperanza de vida a los 60 años y los correspondientes años saludables asociados a las trayectorias funcionales de las personas mayores en Chile, Costa Rica y España, en que se utilizan tres fuentes de datos longitudinales distintas y se aplican modelos de estados múltiples en su versión más sencilla (con tres estados). El estudio proporciona nuevas evidencias sobre los cambios en la salud de la población mayor entre países de América Latina y Europa, considerando los patrones de convivencia.

Cuadro 3

Chile, Costa Rica y España: esperanza de vida total, años saludables y años no saludables a los 60 años por sexo, según arreglos de convivencia y países del estudio

Esperanza de vida	Arreglos de convivencia	Chile	(95% IC)	Costa Rica	(Intervalo de confianza del 95%)	España	(95% IC)	Años saludables (en porcentajes)		
								Chile	Costa Rica	España
Esperanza de vida total	Vivir con pareja	24,11	(22,61-25,81)	21,65	(19,26-23,36)	24,90	(24,18-25,4)			
	Vivir con pareja y otros	23,34	(22,41-24,84)	21,65	(20,65-22,82)	24,11	(23,66-24,56)			
	Vivir con otros	22,58	(21,65-23,39)	21,58	(20,04-22,35)	23,32	(22,66-23,9)			
	Vivir en solitario	21,82	(21,1-23,02)	21,41	(19,66-22,75)	22,54 ^a	(21,63-23,4)			
Mujeres de 60 años o más Esperanza de vida en años saludables	Vivir con pareja	12,08	(10,5-13,38)	9,98	(7,98-12,42)	17,42	(16,58-17,98)	50,1	46,1	70,0
	Vivir con pareja y otros	11,87	(11,07-12,87)	9,84	(8,69-11,23)	16,74	(16,23-17,28)	50,9	45,5	69,4
	Vivir con otros	11,64	(11,19-12,43)	9,66	(8,2-10,38)	16,06	(15,41-16,65)	51,6	44,8	68,9
	Vivir en solitario	11,40	(10,46-12,91)	9,44	(7,91-11,45)	15,4 ^a	(14,75-16,36)	52,2	44,1	68,3
Esperanza de vida en años no saludables	Vivir con pareja	12,03	(11,08-13,71)	11,67	(9,95-13,34)	7,48	(6,98-8,07)			
	Vivir con pareja y otros	11,47	(10,33-12,66)	11,82	(11,16-13,34)	7,37	(7,01-7,74)			
	Vivir con otros	10,94	(9,84-11,71)	11,92	(10,7-12,95)	7,26	(6,66-7,53)			
	Vivir en solitario	10,42	(9,53-11,44)	11,97	(10,58-13,59)	7,14	(6,42-7,59)			
Esperanza de vida total	Vivir con pareja	19,09	(18,22-20,25)	21,32	(19,09-22,96)	20,96	(20,17-21,79)			
	Vivir con pareja y otros	18,36	(17,54-18,99)	20,85	(19,94-21,97)	20,10	(19,69-20,71)			
	Vivir con otros	17,64	(16,53-18,47)	20,24	(18,71-21,81)	19,25	(18,17-19,89)			
	Vivir en solitario	16,93 ^a	(15,43-17,98)	19,49	(18,05-21,54)	18,41 ^a	(17,26-18,99)			
Hombres de 60 años o más Esperanza de vida en años saludables	Vivir con pareja	10,78	(9,74-11,7)	12,41	(10,63-13,73)	17,4	(16,66-18,14)	56,5	58,2	83,0
	Vivir con pareja y otros	10,43	(9,7-11,04)	12,01	(10,71-13,76)	16,62	(16,09-17,28)	56,8	57,6	82,7
	Vivir con otros	10,08	(8,89-10,92)	11,53	(10,34-12,61)	15,84	(14,97-16,31)	57,1	57,0	82,3
	Vivir en solitario	9,71	(8,23-10,48)	10,98	(9,8-12,3)	15,08 ^a	(14,1-15,74)	57,4	56,3	81,9
Esperanza de vida en años no saludables	Vivir con pareja	8,31	(7,49-9,1)	8,90	(7,63-10,76)	3,56	(3,25-3,95)			
	Vivir con pareja y otros	7,93	(7,34-8,62)	8,84	(7,42-9,53)	3,48	(3,16-3,85)			
	Vivir con otros	7,56	(6,82-8,62)	8,71	(7,83-10,13)	3,41	(3,05-3,82)			
	Vivir en solitario	7,21	(5,87-8,31)	8,51	(6,96-10,26)	3,33	(2,83-3,75)			

Fuente: Elaboración propia.

^a Indica las diferencias significativas con la categoría "vivir en pareja". En el caso de Chile, los valores corresponden a los años 2004, 2006, 2009, 2015 y 2017; en el caso de Costa Rica, a 2005, 2007, 2009; y en el caso de España, a 2005, 2007, 2009, 2011, 2015 y 2017.

De forma general, la mayor supervivencia de las mujeres a los 60 años es un elemento transversal entre los tres países objeto de análisis. Las mujeres suelen alcanzar más años de vida que los hombres, con la excepción de Costa Rica, lo que denota un patrón diferente al observado en la paradoja de género sobre la brecha de los años de vida a edades adultas (Nusselder y otros, 2019). La educación tuvo un efecto sin diferencias significativas en la supervivencia y en los años con salud a los 60 años en los tres países (por esto se omiten los resultados). Sin embargo, en todos los países se apreció un efecto positivo en el aumento de los años saludables. Por último, las distintas formas de arreglos de convivencia indicaron que la coresidencia con la pareja incrementa la supervivencia a los 60 años en los tres países. Sin embargo, se apreció solamente un efecto diferencial en la población mayor de Chile y España. Los resultados ilustran una situación diversa en el efecto que tienen los diferentes arreglos de convivencia en las trayectorias funcionales de las personas mayores.

1. Esperanza de vida a los 60 años según características demográficas

La mayor supervivencia de las mujeres a los 60 años en los dos países latinoamericanos se combina con un menor porcentaje de años saludables que el observado en España. Las estimaciones revelan que las mujeres costarricenses después de los 60 años vivirán aproximadamente la mitad de los años que les quedan por vivir con buena salud, e igual proporción de años con mala salud. Entretanto, las mujeres mayores en Chile y en España reportan similares proporciones de años de vida saludable.

El mayor porcentaje de años no saludables a los 60 años en las mujeres (respecto a los hombres), a pesar de su mayor supervivencia, es un patrón general que se repite en la mayoría de los países del mundo sobre los que se dispone de datos (Barbosa de Lima y Costa de Lima, 2014; Minicuci y otros, 2008; Nusselder y otros, 2010; Van Oyen y otros, 2010; OMS, 2018). Por un lado, la sobresaliente longevidad de las mujeres se explica por el rápido descenso de sus tasas de mortalidad (disminución de la mortalidad materna) en la primera fase de la transición de la mortalidad, lo que da lugar a la feminización de la población mayor (Yi y otros, 2006). Por otro, el mayor porcentaje con mala salud de las mujeres se explica principalmente por las desigualdades socioeconómicas, un menor nivel educativo que los hombres (Domínguez-Rodríguez y Blanes Llorens, 2019; Jagger y otros, 2011; Martín, Domínguez-Rodríguez y Bacigalupe, 2019; Van Oyen y otros, 2010) y las barreras históricas en cuanto al acceso y la participación en el mercado laboral durante el ciclo de vida. Estas barreras se han descrito con los términos “pisos pegajosos” y “techos de cristal” (*sticky floors* y *glass ceilings*). Se caracterizan por trayectorias interrumpidas en el mercado laboral, así como peores salarios, menos oportunidades de promoción y menor flexibilidad horaria que los hombres, entre otras situaciones (Ciminelli y Schwellnus, 2021). Otros estudios señalan también la existencia de diferencias específicas por edad y sexo en cuanto a los comportamientos y los estilos de vida; por ejemplo, el consumo de tabaco, la obesidad y el uso de medicamentos (Levine y Crimmins, 2018; Moreno y otros, 2018).

La educación tuvo escasa incidencia en las trayectorias funcionales de las personas mayores en los países observados, como lo han demostrado otros estudios (Chiu, Hayward y Saito, 2016; Permanyer y otros, 2018; Naciones Unidas, 2019). La evidencia indica que la educación tiene un efecto sobre las capacidades funcionales y el deterioro cognitivo (Reuser, Willekens y Bonneux, 2011; Robitaille y otros, 2018). No obstante, este efecto alcanza una incidencia máxima y luego disminuye a edades avanzadas (Van den Hout, Sum Chan y Matthews, 2019). A mayor edad, la educación pierde su efecto, lo que pone de relieve que tener un mayor nivel de instrucción supone beneficios para evitar factores de riesgo en edades más jóvenes y retrasar el deterioro de la salud (o el deterioro cognitivo) en la tercera edad (60 a 75 años). No obstante, una vez que la persona ha alcanzado edades avanzadas (75 a 80 años o más) o se encuentra en un estado no saludable agudo, la educación pierde su elemento de protección.

2. Años de vida según los patrones de convivencia

La distribución de los arreglos de convivencia de las personas de 60 años y más en los países objeto de análisis es coherente con estudios previos. En la región latinoamericana, los hombres mayores suelen convivir en pareja y con otras personas (hogares extendidos) y las mujeres viven principalmente con sus hijos (Bongaarts y Zimmer, 2002; De Vos, 1995). Mientras tanto, en España, al igual que en Italia y generalmente en los países de Europa meridional, las mujeres son más propensas a vivir solas (dada su mayor supervivencia) y los hombres suelen residir con sus parejas (Grundy y Tomassini, 2003; Tomassini y otros, 2004). Los patrones de convivencia también ilustran las estrategias de cuidado en la vejez, que se basan fundamentalmente en recurrir al apoyo de las familias en los tres países (De Vera, Ondé y Martín-González, 2019; Huenchuan, 2012; Puga y otros, 2007).

En el presente estudio se demostró que los arreglos de convivencia tienen efectos diferenciados entre la población mayor en los países objeto de análisis. Por un lado, los riesgos relativos (no mostrados) indicaron que las formas de convivencia en España tienen un efecto sobre las trayectorias funcionales (años con salud) y en mayor medida en la supervivencia (esperanza de vida) de las personas de 60 años. Por otro, en Chile y en Costa Rica solo se observó una mayor incidencia del patrón de convivencia sobre la mortalidad de estas personas.

Los resultados indicaron que la convivencia con la pareja en las personas mayores tiene un efecto positivo en la supervivencia, tanto en el caso de los hombres como en el de las mujeres mayores, como se ha concluido en otros estudios (Chiu, 2019; Grundy, 2001; Herm, Anson y Poulain, 2016; Martikainen y otros, 2014; Poulain, Dal y Herm, 2017). Las personas mayores que conviven en pareja tienen una mayor esperanza de vida a los 60 años que aquellas que tienen cualquier otro arreglo de convivencia (aproximadamente 2 años más de vida en Chile y 2,5 en España). Sin embargo, esta no es la regla en todos los países, como lo demuestran los resultados de Costa Rica, cuya esperanza de vida en el caso de las mujeres de 60 años presenta poca variación según los arreglos de convivencia. Ello pone de relieve la necesidad de ampliar el presente estudio con la inclusión de variables que posiblemente interactúen con el patrón de coresidencia y la supervivencia de las personas mayores.

Además, existe un patrón heterogéneo en las trayectorias funcionales de las personas mayores según los arreglos de convivencia. En España, la convivencia en pareja aumenta el porcentaje de años saludables en las personas de 60 años en una pequeña proporción (2 puntos porcentuales). En Chile, los que viven en solitario tienen un mayor porcentaje de años saludables. Mientras tanto, los resultados de Costa Rica no mostraron variaciones importantes en el porcentaje de años saludables de las personas de 60 años en función de los arreglos de convivencia.

Los arreglos de convivencia de las personas a los 60 años reflejan estrategias de cuidado y redes de apoyo diversas en torno a la familia en los tres países. Ello podría incidir en el efecto que estos arreglos tienen sobre los años de vida con salud. Como la literatura lo indica, el cuidado de las personas mayores que lo necesitan recae en los lazos familiares. Particularmente, las mujeres son la principal fuente de cuidado (Bofill-Poch, 2018; CEPAL, 2003; López, 2019; Puga y otros, 2007) y también son el primer grupo que necesita cuidado. De este modo se crean relaciones intergeneracionales de cuidado entre las mujeres del hogar y ello a su vez aumenta la desigualdad intrafamiliar de género y generacional (Vara, 2014).

En este marco, en España se registró en 2007 un cambio de legislación con la denominada Ley de Dependencia⁶. Aunque algunos autores puntualizan que el cuidado de los mayores dependientes en España sigue siendo netamente informal (De Vera, Ondé y Martín-González, 2019), varios estudios recientes mostraron cambios en la organización del cuidado de los mayores después de la implementación de dicha ley. El cambio más notable ha sido el aumento del cuidado por parte de individuos fuera del hogar. Se indica que las esposas están recibiendo ayuda prestada por los servicios sociales y otros trabajadores, con lo que entra en escena una combinación de cuidados informales por personas fuera del hogar y cuidado formal por parte del servicio social (Spijker y Zueras, 2020).

Esto podría reflejarse en los resultados de España, puesto que los arreglos de convivencia han tenido un efecto en los cambios de salud de las personas mayores. Si bien los hombres conviven principalmente con su pareja y las mujeres suelen vivir solas, en el contexto de la nueva legislación referente al cuidado de los mayores, tanto los hombres como las mujeres mayores podrían estar recibiendo ayuda externa al hogar para la provisión de cuidado. Se plantea el caso contrario en los países latinoamericanos. En ausencia del apoyo formal en el hogar para el cuidado de los mayores, en esos países surgen las actividades comunitarias como una forma de incentivar y estimular el envejecimiento activo (CONAPAN, 2012; Medellín, 2018). Los estudios también indican que la convivencia en hogares con múltiples miembros, con el consiguiente hacinamiento, podría desencadenar un contexto adverso para la condición de salud de las personas mayores (Puga y otros, 2007).

A la luz de los resultados, se indica la necesidad de incluir en este análisis otras variables contextuales (por ejemplo, el número de integrantes en el hogar, el nivel de ingreso, la zona de residencia, el tipo de residencia, entre otras) que podrían crear mecanismos de interacción entre el patrón de convivencia de los mayores, su supervivencia y las trayectorias funcionales.

⁶ Se entiende la dependencia como la situación de aquellas personas que precisan de la atención de una o varias personas para la realización de las actividades básicas de la vida diaria. Esta Ley fue promovida con la intención de promover un modelo de atención a la necesidad de dependencia (BOE, 2006).

Bibliografía

- Agree, E. M., & Glaser, K. (2009). Demography of Informal Caregiving. In P. Uhlenberg (Ed.), *International Handbook of Population Aging* (pp. 647–668). Dordrecht: Springer Netherlands. https://doi.org/10.1007/978-1-4020-8356-3_29.
- Bank, W. (2019). Country income classifications for the World Bank's 2020 fiscal year. Retrieved 8 August 2019, from <https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519-world-bank-country-and-lending-groups>.
- Berg, C. J. van den, & Lindeboom, M. (1994). *Attrition in Panel Data and the Estimation of Dynamic Labor Market Models* (No. 1994–22). *Serie Research Memoranda*. Amsterdam. Retrieved from <https://research.vu.nl/en/publications/attrition-in-panel-data-and-the-estimation-of-dynamic-labor-marke>.
- BOE. Promotion of Personal Autonomy and Attention to People in situation of Dependence Act, Pub. L. No. 21990, 44142 (2006). Spain: Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Retrieved from <http://www.boe.es/boe/dias/2006/12/15/pdfs/A44142-44156.pdf>.
- Bofill-Poch, S. (2018). Changing moralities: Rethinking elderly care in Spain. *The Australian Journal of Anthropology*, 29(2), 237–249. <https://doi.org/10.1111/taja.12282>.
- Bongaarts, J., & Feeney, G. (2006). The Quantum and Tempo of Life-Cycle Events. *Vienna Yearbook of Population Research 2006*, 115–151.
- Bongaarts, J., & Zimmer, Z. (2002). Living Arrangements of Older Adults in the Developing World: An Analysis of Demographic and Health Survey Household Surveys. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 57(3), S145–S157. <https://doi.org/10.1093/geronb/57.3.S145>.
- Carr, D., & Springer, K. W. (2010). Advances in families and health research in the 21st century. *Journal of Marriage and Family*, 72(3), 743–761. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2010.00728.x>.
- CEEL Centro de Encuestas y Estudios Longitudinales de la Pontificia Universidad Católica de Chile. (2018). *Principales resultados de la Encuesta de Calidad de Vida del Adulto Mayor, e Impacto del Pilar Solidario*. Santiago de Chile, Chile. Retrieved from https://www.previsionsocial.gob.cl/sps/download/estudios-previsionales/encuesta-de-proteccion-social/documentos-eps/documentos-eps-2018/encavidam_resultados_junio2018.pdf.
- CELADE, & UNFPA. (2002). *Redes de apoyo social de las personas mayores en América Latina y el Caribe*. *Cepal* (Vol. 1). Retrieved from <http://www.eclac.org/publicaciones/xml/6/42586/ssc-61-familias-latinoamericanas-feb-2011.pdf>.
- Center, B. P. (2012). Costa Rica Estudio de Longevidad y Envejecimiento Saludable (CRELES). Retrieved from <http://www.creles.berkeley.edu/index.html>.
- Centro UC Encuestas y Estudios Longitudinales. (2015). *Factores de Expansión Quinta Ronda Encuesta De Protección Social*. Santiago de Chile. Retrieved from <https://www.previsionsocial.gob.cl/sps/download/estudios-previsionales/encuesta-de-proteccion-social/documentos-eps/documentos-eps-2016/informe-metodologico-factores-expansion-eps-2015.pdf>.
- Centro UC Encuestas y Estudios Longitudinales. (2016). *Diseño Muestral y Factores de Expansión VI Ronda EPS*. Santiago de Chile, Chile. Retrieved from www.encuestas.uc.cl.
- Chiu, C.-T. (2019). Living arrangements and disability-free life expectancy in the United States. *PLOS ONE*, 14(2), e0211894. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0211894>.
- Chiu, C.-T., Hayward, M., & Saito, Y. (2016). A Comparison of Educational Differences on Physical Health, Mortality, and Healthy Life Expectancy in Japan and the United States. *Journal of Aging and Health*, 28(7), 1256–1278. <https://doi.org/10.1177/0898264316656505>.
- Ciminelli, G., & Schweltnus, C. (2021). Sticky floors or glass ceilings? The role of human capital, working time flexibility and discrimination in the gender wage gap. *OECD Economics Department Working Papers*, (1668), 43.

- Coker, T. R., Thomas, T., & Chung, P. J. (2013). Does Well-Child Care Have a Future in Pediatrics? *PEDIATRICS*, 131(Supplement), S149–S159. <https://doi.org/10.1542/peds.2013-0252f>.
- Commission, E. (n.d.). Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). Retrieved from <http://www.share-project.org/homeo.html>.
- CONAPAN. (2012). *Red de Atención Progresiva para el Cuidado Integral de las Personas Mayores en Costa Rica*. San José de Costa Rica. Retrieved from <https://docplayer.es/18626796-Red-de-atencion-progresiva-para-el-cuido-integral-de-las-personas-adultas-mayores-en-costa-rica-ii-version-revisada-y-ampliada-octubre-del-2012.html>.
- de Graaf, R., Bijl, R. V., Smit, F., Ravelli, A., & Vollebergh, W. A. M. (2000). Psychiatric and sociodemographic predictors of attrition in a longitudinal study. *American Journal of Epidemiology*, 152(11), 1039–1047. <https://doi.org/10.1093/aje/152.11.1039>.
- De Vera, V., Ondé, D., & Martín-González, M. (2019). Social Care and Gender: Who Cares for Dependent Adults in Spain? *Papeles de Europa*, 32(1), 97–109. <https://doi.org/10.5209/pade.64474>.
- De Vos, S. M. (1995). *Household Composition in Latin America*. Boston, MA: Springer US. <https://doi.org/10.1007/978-1-4615-1841-9>.
- Domínguez-Rodríguez, A., & Blanes Llorens, A. (2019). El efecto de la salud en la actividad en los mayores de 50 años en España: 2006 y 2014. *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 37(1), 177–202. <https://doi.org/10.5209/CRLA.63825>.
- Dykstra, P. A., & Fokkema, T. (2011). *Ties between Parents and their Adult Children: A Western European Typology of Late-Life Families*. Retrieved from <https://www.semanticscholar.org/paper/Ties-between-parents-and-their-adult-children%3A-a-of-Dykstra-Fokkema/36fc770aa8e8180b2f4fcd5a1fd95944e6562e33#paper-header>.
- Dykstra, P. a, Grundy, E., Fokkema, T., de Jong Gierveld, J., Ploubidis, G. B., Read, S., & Tomassini, C. (2009). Health and well-being at older ages: The interlinkage with family life histories, gender, and national contexts. *Maggie*, (November). Retrieved from <http://www.knaw.nl/Content/NIDI/output/2009/maggie-2009-final-report.pdf>.
- Feng, Z., Falkingham, J., Liu, X., & Vlachantoni, A. (2017). Changes in living arrangements and mortality among older people in China. *SSM - Population Health*, 3, 9–19. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2016.11.009>.
- Gaymu, J., Delbès, C., Springer, S., Binet, A., Désesquelles, A., Kalogirou, S., & Ziegler, U. (2006). Determinants of the living arrangements of older people in Europe. *European Journal of Population*, 22(3), 241–262. <https://doi.org/10.1007/s10680-006-9004-7>.
- Glaser, K., Agree, E. M., Costenbader, E., Camargo, A., Trench, B., Natividad, J., & Chuang, Y.-L. (2006). Fertility Decline, Family Structure, and Support for Older Persons in Latin America and Asia. *Journal of Aging and Health*, 18(2), 259–291. <https://doi.org/10.1177/0898264305285668>.
- Glaser, K., Tomassini, C., & Grundy, E. (2004). Revisiting convergence and divergence: support for older people in Europe. *European Journal of Ageing*, 1(1), 64–72. <https://doi.org/10.1007/s10433-004-0006-1>
- Grundy, E. M. (2001). Living Arrangements and the Health of Older Persons in Developed Countries. In *United Nation, Population Bulletin* (pp. 311–329). United Nations Department of Economic and Social Affairs Population Division. Retrieved from <https://www.un.org/en/development/desa/population/events/pdf/expert/1/grundy.pdf>.
- Grundy, E., & Murphy, M. (2018). Coresidence with a child and happiness among older widows in Europe: Does gender of the child matter? *Population, Space and Place*, 24(3), 1–13. <https://doi.org/10.1002/psp.2102>.
- Grundy, E., & Tomassini, C. (2003). El apoyo familiar de las personas de edad en Europa: Contrastes e implicaciones. *Notas de Población*, 12(77), 219–250. Retrieved from <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/12755>.

- Herm, A., Anson, J., & Poulain, M. (2016). Living arrangements and marital status: a register-based study of survival of older adults in Belgium at the beginning of the 21st century. *Ageing and Society*, 36(10), 2141–2162. <https://doi.org/10.1017/S0144686X15001002>.
- Huenchuan, S. (2012). Los derechos de las personas mayores en el siglo XXI: situación, experiencias y desafíos, 450. Retrieved from http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/1468/S301435D4312012_es.pdf?sequence=1.
- Iacovou, M., & Skew, A. J. (2011). Household composition across the new Europe: Where do the new Member States fit in? *Demographic Research*, 25, 465–490. <https://doi.org/10.4054/DemRes.2011.25.14>
- Jackson, C. (2019). Package ‘msm’. Multi-State Markov and Hidden Markov Models in Continuous Time. Version 1.6.7. Retrieved from <https://github.com/chjackson/msm>.
- Jagger, C., Weston, C., Cambois, E., Van Oyen, H., Nusselder, W., Doblhammer, G., ... Robine, J. J.-M. (2011). Inequalities in health expectancies at older ages in the European Union: findings from the Survey of Health and Retirement in Europe (SHARE). *Journal of Epidemiology & Community Health*, 65(11), 1030–1035. <https://doi.org/10.1136/jech.2010.117705>.
- Julián López. (2019). El rol de la familia costarricense en el sistema de atención a la dependencia. Retrieved 6 June 2019, from <https://blogs.iadb.org/salud/es/adultos-mayores-en-costa-rica/>.
- Kleinbaum, D. G., & Klein, M. (2012). *Survival Analysis. A Self Learning Text*. (W. Gail, M. Krickeberg, K. Samet, J.M. Tsatis. A. Wong, Ed.) (Third Edit). New York, NY: Springer New York. <https://doi.org/10.1007/978-1-4419-6646-9>.
- Koball, H. L., Moiduddin, E., Henderson, J., Goesling, B., & Besculides, M. (2010). What do we know about the link between marriage and health? *Journal of Family Issues*, 31(8), 1019–1040. <https://doi.org/10.1177/0192513X10365834>.
- Levine, M. E., & Crimmins, E. M. (2018). Is 60 the New 50? Examining Changes in Biological Age Over the Past Two Decades. *Demography*, 55(2), 387–402. <https://doi.org/10.1007/s13524-017-0644-5>.
- Lima, A. L. B. de, & Lima, K. C. de. (2014). Activity Limitation in the Elderly People and Inequalities in Brazil. *OALib*, 01(04), 1–9. <https://doi.org/10.4236/oalib.1100739>.
- Luis, R.-B., Fernández, X., & Dow, W. H. (2010). CRELES - Costa Rica: Estudio de Longevidad y Envejecimiento Saludable. *Centro Centroamericano de Población CCP*. <https://doi.org/10.3886/ICPSR26681>.
- Martikainen, P., Moustgaard, H., Einio, E., & Murphy, M. (2014). Life Expectancy in Long-Term Institutional Care by Marital Status: Multistate Life Table Estimates for Older Finnish Men and Women. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 69(2), 303–310. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbt131>.
- Martín, U., Domínguez-Rodríguez, A., & Bacigalupe, A. (2019). Desigualdades sociales en salud en población mayor: una aportación desde la salud pública al debate sobre el retraso de la edad de jubilación en España. *Gaceta Sanitaria*, 33(1), 82–84. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.10.010>.
- Medellín, N. (2019). *Panorama de Envejecimiento y Atención a la Dependencia*. Retrieved from blogs.iadb.org/salud.
- Menicheti, J., Cipresso, P., Bussolin, D., & Graffigna, G. (2016). Engaging older people in healthy and active lifestyles: a systematic review. *Ageing and Society*, 36(10), 2036–2060. <https://doi.org/10.1017/S0144686X15000781>.
- Minicuci, N., & Bélanger, A. (2008). *Discapacidad y Esperanza de Vida Saludable: una comparación entre Italia, Bulgaria, Canadá, y siete ciudades de América Latina y el Caribe*. Resumen. *Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población*.
- Moreno, X., Albala, C., Lera, L., Leyton, B., Angel, B., & Sánchez, H. (2018). Gender, nutritional status and disability-free life expectancy among older people in Santiago, Chile. *PLOS ONE*, 13(3), 18. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0194074>.

- Norton, E. C., & Stearns, S. C. (2009). Health Care Expenditures. In P. Uhlenberg (Ed.), *International Handbook of Population Aging* (pp. 631–645). Dordrecht: Springer Netherlands. https://doi.org/10.1007/978-1-4020-8356-3_28.
- Nusselder, W J, Looman, C. W. N., Van Oyen, H., Robine, J. M., & Jagger, C. (2010). Gender differences in health of EU10 and EU15 populations: the double burden of EU10 men. *European Journal of Ageing*, 7(4), 219–227. <https://doi.org/10.1007/s10433-010-0169-x>.
- Nusselder, Wilma J., Cambois, E. M., Wapperom, D., Meslé, F., Looman, C. W. N., Yokota, R. T. C., ... Robine, J. M. (2019). Women's excess unhealthy life years: Disentangling the unhealthy life years gap. *European Journal of Public Health*, 29(5), 914–919. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz114>.
- OECD. (2020). Adult education level (indicator). <https://doi.org/10.1787/36bce3fe-en>
- Palloni, A. (2000). *Living Arrangements of Older Persons* (Paper presented at the United Nations Technical Meeting on Population Ageing and Living Arrangements of Older People. New York, February 8-10, 2000). New York. Retrieved from https://www.researchgate.net/publication/2617643_Living_Arrangements_of_Older_Persons.
- Palloni, A., & McEniry, M. (2007). Aging and Health Status of Elderly in Latin America and the Caribbean: Preliminary Findings. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 22(3), 263–285. <https://doi.org/10.1007/s10823-006-9001-7>.
- Palloni, A., & Souza, L. (2013). The fragility of the future and the tug of the past: Longevity. *Demographic Research*, 29(September), 543–578. <https://doi.org/10.4054/DemRes.2013.29.21>.
- Pérez Amador, J., & Gilbert, B. (2006). Una transición en edades avanzadas: cambios en los arreglos residenciales de los adultos mayores en siete ciudades latinoamericanas. *Estudios Demográficos y Urbanos*, 21(3), 625–661. Retrieved from <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=31200303>.
- Permanyer, I., Spijker, J., Blanes, A., & Renteria, E. (2018). Longevity and Lifespan Variation by Educational Attainment in Spain: 1960–2015. *Demography*, 55(6), 2045–2070. <https://doi.org/10.1007/s13524-018-0718-z>.
- Poulain, M., Dal, L., & Herm, A. (2017). Mortality risk by living arrangements for the elderly Belgian population. *Revue Quetelet/Quetelet Journal*, 4(1), 29–56. <https://doi.org/10.14428/rqj2016.04.01.02>.
- Puga, D., Rosero-Bixby, L., Glaser, K., & Castro, T. (2007). Red social y salud del adulto mayor en perspectiva comparada: Costa Rica, España e Inglaterra. *Población y Salud En Mesoamérica*, 5(1). <https://doi.org/10.15517/psm.v5i1.4545>.
- Read, S., Grundy, E., & Foverskov, E. (2016). Socio-economic position and subjective health and well-being among older people in Europe: A systematic narrative review. *Ageing and Mental Health*, 20(5), 529–542. <https://doi.org/10.1080/13607863.2015.1023766>.
- Reher, D., & Requena, M. (2018). Living alone in later life. *Population and Development Review*, 4(PG-250p.), 250p. Retrieved from <http://ezproxy.deakin.edu.au/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=gnh&AN=104240&site=ehost-live&scope=site NS>.
- Reuser, M., Willekens, F. J., & Bonneux, L. (2011). Higher education delays and shortens cognitive impairment. A multistate life table analysis of the US Health and Retirement Study. *European Journal of Epidemiology*, 26(5), 395–403. <https://doi.org/10.1007/s10654-011-9553-x>.
- Rivero-cantillano, R., & Spijker, J. (2015). Del rejuvenecimiento al envejecimiento de la población ¿o viceversa?: Chile en el contexto de América Latina, 1950-2050. *Notas de Población*, (101), 127–155. Retrieved from <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/39376>.
- Robards, J., Evandrou, M., Falkingham, J., & Vlachantoni, A. (2012). Marital status, health and mortality. *Maturitas*, 73(4), 295–299. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2012.08.007>.
- Robine, J.-M., Jagger, C., Mathers, C. D., Crimmins, E. M., & Suzman, R. M. (2002). *Determining Health Expectancies*. (J.-M. Robine, C. Jagger, C. D. Mathers, E. M. Crimmins, & R. M. Suzman, Eds.). Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd. <https://doi.org/10.1002/0470858885>.

- Robitaille, A., van den Hout, A., Machado, R. J. M., Bennett, D. A., Čukić, I., Deary, I. J., ... Muniz Terrera, G. (2018). Transitions across cognitive states and death among older adults in relation to education: A multistate survival model using data from six longitudinal studies. *Alzheimers and Dementia*, 14(4), 462–472. <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2017.10.003>.
- Rodríguez Wong, L., Carvalho, J. A. M. de, & Aguirre, A. (2000). Duración de la transición demográfica en América Latina y su relación con el desarrollo humano. *Estudios Demográficos y Urbanos*, 15(1), 185. <https://doi.org/10.24201/edu.v15i1.1072>.
- Rothman, S. (2009). *Estimating Attrition Bias in the Year 9 Cohorts of the Longitudinal Surveys of Australian Youth. Longitudinal Surveys of Australian Youth. Technical Report N° 48. Australian Council for Educational Research*. Victoria. Retrieved from https://research.acer.edu.au/lsay_technical/48/.
- Rowland, D. T. (2009). Global Population Aging: History and Prospects. In P. Uhlenberg (Ed.), *International Handbook of Population Aging* (pp. 37–65). Dordrecht: Springer Netherlands. https://doi.org/10.1007/978-1-4020-8356-3_3.
- Rueda-Salazar, S., Spijker, J., Devolder, D., & Albala, C. (2021). The contribution of social participation to differences in life expectancy and healthy years among the older population: A comparison between Chile, Costa Rica and Spain. *PLoS ONE*, 16(3 March), 1–24. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0248179>.
- Saad, P. M. (2005). Los Adultos Mayores en América latina y el Caribe: arreglos residenciales y transferencias informales. *Notas de Población*, 32(80), 127–154. Retrieved from <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/12970>.
- Sáenz, M. del R., Acosta, M., Bermúdez, J. L., & Muiser, J. (2011). The health system of Costa Rica. *Salud Pública de Mexico*, 53(SUPPL. 2).
- Sevilla, F. (2006). *La universalización de la atención sanitaria. Sistema Nacional de Salud y Seguridad Social. Documentos de trabajo (Laboratorio de alternativas)*. Retrieved from <http://www.academiamengar.es/global/MisArchivos/Documentos/La+universalizaci%F3n+de+la+atenci%F3n+sanitaria.pdf%0Ahttps://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2047838>.
- Shapiro, A., & Keyes, C. L. M. (2008). Marital status and social well-being: Are the married always better off? *Social Indicators Research*, 88(2), 329–346. <https://doi.org/10.1007/s11205-007-9194-3>.
- SHARE-ERIC. (2019). Survey of health, Ageing and retirement in Europe. Release Guide 7.0.0. Munich. Retrieved from http://www.share-project.org/fileadmin/pdf_documentation/SHARE_release_guide_7-0-0.pdf.
- Sierra, H., Cordova, M., Chen, C.-S. J., & Rajadhyaksha, M. (2015). Confocal Imaging-Guided Laser Ablation of Basal Cell Carcinomas: An Ex Vivo Study. *Journal of Investigative Dermatology*, 135(2), 612–615. <https://doi.org/10.1038/jid.2014.371>.
- Spijker, J., & Zueras, P. (2020). Old-Age Care Provision in Spain in the Context of a New System of Long-Term Care and a Lingering Economic Crisis. *Journal of Population Ageing*, 13(1), 41–62. <https://doi.org/10.1007/s12062-018-9232-8>.
- Stephen Crystal, & Siegel, M. J. (2009). Population Aging and Health Care Policy in Cross-National Perspective. In P. Uhlenberg (Ed.), *International Handbook of Population Aging* (springer, pp. 607–630). Dordrecht: Springer Netherlands. <https://doi.org/10.1007/978-1-4020-8356-3>.
- Subsecretaría de Protección Social. (n.d.). Encuesta de Protección Social (EPS). Retrieved from <https://www.previsionsocial.gob.cl/sps/biblioteca/encuesta-de-proteccion-social/>.
- Tomassini, C., Glaser, K., Wolf, D. A., Broese van Groenou, M. I., & Grundy, E. (2004). Living arrangements among older people: an overview of trends in Europe and the USA. *Population Trends*. <https://doi.org/10.1128/JVI.79.9.5762>.

- Tomassini, C., Glaser, K., Wolf, D. A., Broese Van Groenou, M. I., & Grundy, E. (2004). Living arrangements among older people: an overview of trends in Europe and the USA Examines trends in the living arrangements of older people in several European countries and the USA and the reasons for variabilities between those countries. *Population Trends. National Statistics, Spring 200*(115), 24–35. Retrieved from <http://www.statistics.gov.uk/>.
- United Nations. (2019). World Population Prospects 2019. Online edition. Rev.1. Retrieved 30 August 2019, from <https://population.un.org/wpp/Download/Standard/Population/>.
- United Nations Department of Economic and Social Affairs/Population Division. (2019). Living Arrangements of Older Persons Around the World. *Population Facts, 2019/2*, 5–14. Retrieved from https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/popfacts/PopFacts_2019-2.pdf.
- van den Hout, A. (2016). *Multi-State Survival Models for Interval-Censored Data. Monographs On Statistics and Applied Probability* (1st Editio, Vol. 152). New York: Chapman and Hall/CRC. <https://doi.org/10.1201/9781315374321>.
- van den Hout, A., Sum Chan, M., & Matthews, F. (2019). Estimation of life expectancies using continuous-time multi-state models. *Computer Methods and Programs in Biomedicine, 178*(September), 11–18. <https://doi.org/10.1016/j.cmpb.2019.06.004>.
- Van Oyen, H., Cox, B., Jagger, C., Cambois, E., Nusselder, W., Gilles, C., & Robine, J.-M. (2010). Gender gaps in life expectancy and expected years with activity limitations at age 50 in the European Union: associations with macro-level structural indicators. *European Journal of Ageing, 7*(4), 229–237. <https://doi.org/10.1007/s10433-010-0172-2>.
- Van Oyen, H., Nusselder, W., Jagger, C., Kolip, P., Cambois, E., & Robine, J.-M. (2013). Gender differences in healthy life years within the EU: an exploration of the “health–survival” paradox. *International Journal of Public Health, 58*(1), 143–155. <https://doi.org/10.1007/s00038-012-0361-1>.
- Vara, M.-J. (2014). Long-Term Care for Elder Women in Spain: Advances and Limitations. *Journal of Aging & Social Policy, 26*(4), 347–369. <https://doi.org/10.1080/08959420.2014.939894>.
- Vos, S. D. (1990). Extended Family Living Among Older People in Six Latin American Countries. *Journal of Gerontology, 45*(3), S87–S94. <https://doi.org/10.1093/geronj/45.3.S87>.
- WHO. (2001). *International classification of functioning, disability and health*. (W. H. Organization, Ed.). Geneva: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. Retrieved from <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42407/9241545429.pdf>.
- Wong, R., & Palloni, A. (2009). Aging in Mexico and Latin America. In P. Uhlenberg (Ed.), *International Handbook of Population Aging* (pp. 231–252). Dordrecht: Springer Netherlands. https://doi.org/10.1007/978-1-4020-8356-3_11.
- Wong, R., Peláez, M., Palloni, A., & Markides, K. (2006). Survey Data for the Study of Aging in Latin America and the Caribbean. *Journal of Aging and Health, 18*(2), 157–179. <https://doi.org/10.1177/0898264305285655>.
- World Health Organization. (2018). Life expectancy and Healthy life expectancy. Data by country. Retrieved 18 December 2020, from <http://apps.who.int/gho/data/node.main.688?lang=en>.
- YI, Z., Crimmins, E. M., Carrière, Y., & Robine, J. (2006). *Longer Life and Healthy Aging*. Springer.
- Zunzunegui, M. V. (2011). Evolución de la discapacidad y la dependencia. Una mirada internacional. *Gaceta Sanitaria, 25*(SUPPL. 2), 12–20. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.07.026>.

