

Hogar, discapacidad y cuidados en adultos mayores en Argentina, España, México y Uruguay. .

Nélida Redondo, Sagrario Garay, Fermina Rojo y Vicente Rodríguez.

Cita:

Nélida Redondo, Sagrario Garay, Fermina Rojo y Vicente Rodríguez (2017). *Hogar, discapacidad y cuidados en adultos mayores en Argentina, España, México y Uruguay*. XIV Jornadas Argentinas de Estudios de Población. Asociación de Estudios de Población de la Argentina, Santa Fe.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/xivjornadasaepa/68>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/e7Qs/5HO>



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons.
Para ver una copia de esta licencia, visite
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>.

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

Hogar, discapacidad y cuidados en población adulta mayor en Argentina, España, México y Uruguay

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

Introducción

Los países iberoamericanos registran el aumento de la longevidad de sus habitantes, lo que influirá en la estructura por edad de la población. América Latina-Caribe será una de las regiones del mundo que, en los próximos 15 años, tendrá el crecimiento más rápido de población mayor, frente a otras regiones como Europa y América del Norte que observarán un aumento sustancial pero ralentizado (UNITED NATIONS, 2015). Se trata de, un escenario que genera realidades sociales nuevas y requiere adecuaciones en las políticas, en los servicios sociales públicos y privados, y en los entornos comunitarios. El alargamiento del promedio de vida de la población implica el aumento de la cantidad y proporción de adultos mayores que viven con limitaciones permanentes durante períodos prolongados, debido a problemas físicos o cognitivos que afectan su autovalimiento para el desempeño en la vida cotidiana (ABELLÁN GARCÍA et al., 2015). En la actualidad existe consenso acerca de la ventaja, la conveniencia y el deseo de la mayoría de las personas mayores de envejecer en casa (ROJO-PÉREZ et al., 2016), si se mantienen las condiciones de dignidad y confort, aunque haya limitaciones permanentes que afecten el autovalimiento.

Con el propósito de compensar la carga del cuidado en la esfera doméstica, el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento de 2002 (NACIONES UNIDAS, 2003) recomienda a los países miembros encarar programas integrales de apoyo a las personas mayores con limitaciones permanentes, basados en la comunidad. El objetivo es facilitar y aliviar las tareas de los familiares que proporcionan cuidados y atención e impulsar planes de infraestructura y transporte público que generen entornos amigables para la integración y el bienestar de las personas de todas las edades con algún tipo de discapacidad. En respuesta a estos cambios, los sistemas estadísticos nacionales incorporaron en los censos y encuestas preguntas referidas a limitaciones permanentes derivadas de problemas físicos o mentales que permiten estimar su prevalencia en la población según sexo, edad y otras características.

En este trabajo se presenta un estudio elaborado a partir de los censos nacionales de población de la onda “circa” 2010 de Argentina, México y Uruguay en América latina y de la encuesta del Proyecto ELES del año 2011 de España. En la primera parte se presenta el marco conceptual de referencia; a continuación se expone el estudio descriptivo de los entornos residenciales de las personas de 65 años y más con limitaciones permanentes, distinguiendo el tipo y la cantidad de discapacidades que padecen. Ambas variables categóricas se relacionan con el tipo (según la relación de parentesco con el jefe) y el tamaño de los hogares en los que viven y con las condiciones de sus viviendas: a) tipo; b) materiales; c) servicios de infraestructura; d) combustible para cocinar; d) elementos de confort. En la tercera parte, se presenta un análisis estadístico de conglomerados para

conocer las similitudes en el entorno residencial de las personas mayores de acuerdo a sus limitaciones. Finalmente, se incluye un modelo explicativo de las relaciones entre la cantidad y el tipo de limitaciones permanentes y las características de los hogares y las viviendas en las que habitan.

Los desafíos de la longevidad de las poblaciones iberoamericanas

En el marco de la transición epidemiológica, que progresa con sus particularidades en los países de América Latina y se completó ya desde hace décadas en España (HARPER, 2011), emergen nuevas realidades sociales que afectan las modalidades tradicionales de soporte y ayuda a las personas mayores con limitaciones permanentes que obstaculizan el desempeño fluido de sus actividades diarias. Debe tenerse en cuenta que, en los nuevos escenarios epidemiológicos, la mortalidad tiende a diferirse y a concentrarse en las edades muy avanzadas del curso de vida, la ‘compresión de la morbilidad’ (FRIES, 2005). Como resultado de este proceso se produce el crecimiento del número de personas de 80 años y más, poniendo en evidencia el aumento de la longevidad de la población. Asimismo, alrededor de esa edad cronológica de las personas se incrementa de manera notoria la prevalencia de limitaciones permanentes derivadas de enfermedades crónicas de larga duración (BELLIARD, MASSA Y REDONDO, 2013: 718; ABELLÁN GARCÍA *et al.*, 2015).

Las limitaciones permanentes se desarrollan sobre la base de una o varias enfermedades crónicas cuya evolución determina invalidez, pero el impacto de las enfermedades crónicas sobre las condiciones de vida de las personas de edad es diverso. En las personas de edad avanzada, las enfermedades crónicas requieren en algunos casos atención, principalmente médica o paramédica, pero no son particularmente restrictivas. En otros, en cambio, afectan la aptitud personal para la ejecución de una o más actividades consideradas esenciales, clasificadas en dos grandes conjuntos: a) “actividades básicas de la vida diaria” (ABVD) y b) de las “actividades instrumentales de la vida diaria” (AIVD) (FERNÁNDEZ-MAYORALAS *et al.*, 1995). Las primeras comprenden acostarse y levantarse de la cama, trasladarse en la vivienda, vestirse, bañarse e higienizarse (KATZ *et al.*, 1963). Las segundas incluyen limpieza del hogar pesada y liviana, lavado de ropa, preparación de comidas, compra de alimentos, salir al exterior de la vivienda, viajar, manejar dinero y usar teléfono (LAWTON, 1969).

Una persona de 65 años y más puede perder capacidad funcional en órganos de los sentidos, del aparato locomotor, en el sistema nervioso o en las funciones cognitivas debido al proceso de envejecimiento corporal o a deficiencias que se originaron en etapas anteriores de su curso de vida. Este deterioro funcional no necesariamente implica pérdida de autonomía en la vida cotidiana. Una persona mayor con pérdida en la capacidad funcional de alguno de sus órganos es autónoma y autoválida si puede realizar todas las actividades de la vida cotidiana sin dificultad y sin ayuda. Sin perjuicio de ello, estas personas requieren supervisión sistemática tendiente a evitar su potencial progreso en el curso de su envejecimiento corporal, por lo que suelen ser categorizadas por los sistemas de atención médica como “vulnerables” debido a que conforman un grupo de riesgo.

Los servicios de apoyo a las personas frágiles o con dependencia

Hasta hace relativamente poco tiempo, aún en los países con poblaciones muy envejecidas, el cuidado y la atención de las personas mayores con dependencia era un problema que se resolvía exclusivamente en el ámbito privado. Las familias, y dentro de ellas especialmente las mujeres, se ocupaban de prestar apoyo y asistir a sus integrantes con dependencia. El internamiento en asilos, hogares o residencias geriátricas fue, durante siglos y hasta bien entrada la década de 1980, la única prestación pública o privada disponible en caso que las familias no pudieran garantizar suficiente protección.

En los países europeos y de América del Norte, durante la década de 1960, a partir de las luchas llevadas a cabo por los movimientos de derechos civiles, se disolvieron las instituciones asilares destinadas a los ancianos pobres, frágiles y dependientes. Los movimientos denunciaron que estas instituciones, tal como estaban concebidas, operaban suprimiendo el ejercicio de los derechos humanos de las personas que allí se albergaban y actuaban como agentes poderosos de exclusión social (CASTEL, 2004). Durante las dos décadas siguientes, la internación en las residencias u hogares geriátricos, ahora de menor tamaño y específicamente dedicadas a la atención integral de los dependientes, fue la exclusiva oferta de servicios públicos y privados en la mayor parte de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OECD, 1995). Esa situación continúa siendo, en la actualidad, la que predomina en América Latina.

En un reciente documento de la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2012) sobre políticas para la región, se enfatizó la necesidad de encarar programas específicamente dirigidos a la atención de las enfermedades crónicas no transmisibles en los países de América Latina. Por su parte, la Declaración de Brasilia organizada por CEPAL y el Gobierno de Brasil, propone *“la realización de intervenciones en la prevención y atención para mejorar el acceso a los servicios de tratamiento, cuidado, rehabilitación y apoyo a las personas de edad con discapacidad”* (CEPAL, 2011:7).

En los primeros años del siglo XXI, en el conjunto de los países con poblaciones envejecidas, se procura dar garantía a los derechos de las personas mayores a permanecer en su hogar, así como el de los familiares a no afectar la generación de ingresos monetarios, presentes y futuros, preservar su propia salud y sus posibilidades de autosostenimiento. El desarrollo de cuidado de larga duración es una respuesta apoyo, en el domicilio y en diferentes ámbitos comunitarios o institucionales, a las personas con limitaciones permanentes que perdieron autovalimiento, salvaguardando su independencia y su capacidad de decisión. La Organización Mundial de la Salud (OMS), define a los sistemas de cuidado como sigue:

“El cuidado de larga duración es el sistema de actividades realizadas por los cuidadores informales (familia, amigos y/o vecinos) y/o profesionales (sanitarios, sociales y otros) para asegurar que una persona que no es plenamente capaz de su autocuidado pueda mantener el más alto nivel de calidad de vida posible, de acuerdo con sus preferencias individuales, con el mayor grado posible de

independencia, autonomía, participación, realización personal y dignidad humana”¹
(WHO, 2002, pág.6).

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

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

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

En este contexto, la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2012) formuló la advertencia de que la carencia de sistemas formales de cuidados de larga duración para la atención de personas con mayores con discapacidad iba a aumentar la ya marcada desigualdad social de la región, perjudicando particularmente a las familias más pobres, debido a la menor participación laboral de las mujeres que deben volcar su esfuerzo a las tareas de cuidado en sus hogares. Tanto en México como en la Argentina está vigente la orientación “*familista*”. La seguridad social o la asistencia social estatal intervienen solamente en los casos de pobreza y abandono. Los servicios de apoyo a las personas mayores con limitaciones permanentes o con dependencia están a cargo de los familiares, ya sea mediante su propio esfuerzo, principalmente de las mujeres, o contratando personal y prestaciones en forma privada, según sea el nivel socioeconómico de las mismas personas mayores o de sus familias.

En Uruguay el cuidado de las personas con limitaciones permanentes o con dependencia se desarrolla fundamentalmente en el ámbito doméstico y es proporcionado mayoritariamente por mujeres. Sin perjuicio de ello, el Estado, en las últimas décadas, ha generado avances con el objetivo de implantar un modelo corresponsable de cuidados, entre familias, Estado, comunidad y mercado. En el año 2005 se comenzó la construcción de una nueva Matriz de Protección Social que incluyó las reformas emprendidas en el marco del Plan de Equidad:

¹La traducción es propia.

Reforma de la Salud, Tributaria y de las Asignaciones Familiares. A partir de 2010 se puso en marcha en el país el proceso de creación de un Sistema Nacional Integrado de Cuidados (SNIC), para personas en situación de dependencia. El plan considera tres poblaciones específicas: niñas y niños de hasta doce años (con énfasis en la primera infancia); personas con discapacidad y personas mayores de 65 años que carecen de autonomía para desarrollar las actividades y atender por sí mismas sus necesidades básicas de la vida diaria, así como las personas que cuidan. El órgano de mayor jerarquía del SNIC es un ámbito colegiado, la Junta Nacional de Cuidados. Por su parte, en la órbita del Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) funciona la Secretaría Nacional de Cuidados, encargada de articular la puesta en marcha del Plan. Hasta el momento de elaborarse este estudio, el sistema de cuidados formales no cubría todavía las necesidades de la población mayor uruguaya con limitaciones permanentes.

En España, en cambio, la ley 39/2006, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (LAPAD) construye un sistema de prestaciones públicas como reconocimiento de un derecho de los individuos, garantizado por el Estado, en cooperación con los agentes públicos y privados (JEFATURA DEL ESTADO, 2006). Esta ley se completa con un amplio conjunto de normas complementarias de menor rango. El Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia (SAAD) se estructura para cubrir las necesidades de las personas dependientes de una forma compartida entre las instituciones y entes sociales, las personas atendidas y sus familias. La cobertura se establece a través de prestaciones básicas garantizadas, que son gestionadas de forma descentralizada, entre la administración general del Estado y los gobiernos regionales, quienes cofinancian las ayudas y establecen los criterios de aplicación de la ley. Los servicios se proveen entre empresas mercantiles, profesionales y el entorno social del individuo y consisten en servicios i) de apoyo, cuidados y atención que facilitan la permanencia en el domicilio de la persona en situación de dependencia, ii) de atención residencial y iii) de prestación económica de cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales. En el momento actual, existen casi 800.000 personas beneficiarias con casi un millón de prestaciones de dependencia, que han generado una cifra importante de trabajadores del cuidado y de impuestos derivados de los servicios prestados a estas personas. Más del 70% son mayores de 65 años y de ellos la gran mayoría mujeres. La satisfacción por el desarrollo del sistema de atención a la dependencia es, en general, alta entre la población española, como respuesta a la formalización por ley de un derecho subjetivo, aunque se reconocen problemas derivados de la gestión administrativa y de las dificultades presupuestarias.

En síntesis, no existe en el momento de elaborar este artículo cobertura formal a las necesidades que plantean las limitaciones permanentes en las personas mayores en los tres países latinoamericanos considerados. Por su lado, España mantiene un sistema formal de cuidados con una trayectoria de funcionamiento cercana a los diez años, si bien la satisfacción con el mismo es opuesta, por cuanto si bien se reconoce la formalización por ley de un derecho subjetivo, por un lado, por otro se reconocen problemas de gestión administrativa y dificultades presupuestarias, habiéndose constatado una cierta insatisfacción en cuanto al retraso en el proceso de valoración del dependiente y al relativamente bajo apoyo recibido (ROJO-PÉREZ et al., 2012). Como se verá, los sistemas

formales e informales de apoyo guardan relación con las modalidades de allegamiento residencial de las personas con limitaciones permanentes.

La medición de la discapacidad en censos y encuestas

Durante las décadas de 1980 y 1990 muchas encuestas nacionales de países con poblaciones envejecidas efectuaron las mismas preguntas sobre ABVD y AIVD, ofreciendo una valiosa información acerca de las tendencias en la prevalencia de discapacidad en las edades avanzadas. También se llevaron a cabo estudios longitudinales, en la modalidad de estudios de paneles, que proporcionaron información sobre las trayectorias de la discapacidad, incluyendo perfiles de recuperación y declinación (ASPE, 2006). En la actualidad, se procura estandarizar las preguntas referidas a discapacidad y dependencia para que puedan ser utilizadas en la mayor cantidad de países, facilitando los estudios internacionales comparados.

La discapacidad, desde los nuevos enfoques, se define a partir de la intersección de algunos conceptos clave: la capacidad física y cognitiva individual, las características físicas y sociales del ambiente, las actividades que las personas eligen realizar, y las adecuaciones que ellas efectúan para llevarlas a cabo. En la última década se realizaron importantes avances en las técnicas de medición de la discapacidad desde esta perspectiva multivariada. Las agencias internacionales que abogan por el establecimiento de un “paquete común de medición”, para su aplicación en el mayor número posible de países, sugieren la incorporación de estos módulos en las encuestas y censos nacionales (ASPE, 2006.).

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

Para este artículo se utilizan los Censos de Población de la onda “circa” 2010 de Argentina, México y Uruguay y de la Encuesta Piloto del Estudio Longitudinal Envejecer en España (Proyecto ELES) 2011 (TEÓFILO et al., 2011; RODRÍGUEZ-LASO et al., 2013).

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

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

Resultados

En los cuatro países analizados en este estudio se encontró asociación estadística entre el tipo y la cantidad de limitaciones permanentes de las personas de 65 años y más y el tipo de hogar en el que residen (Tablas 1 y 2). Asimismo, se verificó asociación estadística entre las características de las viviendas en las que habitan los hogares de la población con limitaciones permanentes según la cantidad y el tipo de las mismas (Tablas 3 y 4, y I.1 del Anexo).

En Argentina, Uruguay, y México las personas con limitaciones de tipo cognitivo y con mayor cantidad de limitaciones permanentes, que pueden ser consideradas “*proxy*” de dependencia debido a su demanda de cuidados complejos y compañía por más tiempo en el hogar, tienden a vivir en menor proporción en hogares unipersonales y de pareja sola y aumentan los porcentajes de personas residiendo en hogares extensos o compuestos. Como se ha señalado anteriormente, en estos países la familia conviviente es el principal sistema de soporte de las personas mayores con dependencia de niveles severos.

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

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

Tipo de Hogar	Total	Cantidad de limitaciones permanentes			
		Sin limitación	Una	Dos	3 o más
Argentina*					
Total personas de 65 años y más	3.978.080 (100)	2.864.920 (100)	622.069 (100)	262.667 (100)	228.424 (100)
Unipersonal	21.5	20.8	23.3	23.4	20.1
Nuclear completo de pareja sola	28.2	31.9	25.4	21.6	18.1
Nuclear completo e incompleto con hijos	17.6	18.3	17.1	16.1	15.5
Extenso o compuesto	31.8	28.2	33.3	37.7	45.1
No familiar	0.9	0.8	1.0	1.1	1.2
Uruguay*					
Total personas de 65 años y más	450,657	224,730	122,479	62,101	30,922
Unipersonal	27.6	24.8	28.4	29.8	27.2
Nuclear completo de pareja sola	30.6	35.2	29.4	24.4	20.2
Nuclear completo e incompleto con hijos	16.9	17.4	16.6	16.8	17.6
Extenso o compuesto	23.8	21.6	24.3	27.5	33.0
No familiar	1.2	1.0	1.3	1.6	1.9
México*					
Total personas de 65 años y más	7,157,142	4,912,392	1,341,472	635,308	267,970
Unipersonal	13.2	12.4	14.8	15.6	13.4
Nuclear completo de pareja sola	20.1	20.9	19.5	17.3	16.6
Nuclear completo e incompleto con hijos	21.6	22.5	20.9	18.1	16.5
Extenso o compuesto	44.8	43.9	44.6	48.6	53.0
No familiar	0.4	0.3	0.3	0.4	0.5
España*					
Total personas de 65 años y más	6,746,056	3,296,005	2,191,735	907,754	350,562
Unipersonal	25.6	21.9	31.6	22.9	29.6
Nuclear completo de pareja sola	42.5	47.3	38.7	41.4	24.4
Multigeneracional	28.4	28.5	24.0	34.3	39.8
Otros	3.4	2.2	5.6	1.4	6.2

*p < 0.05

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

Tipo de Hogar	Total	Tipo de limitación permanente (*)				
		Sin limitación	Visual	Auditiva	Motora inferior	Cognitiva
Argentina**						
Total personas de 65 años y más	3.978.080 (100)	2.864.920 (100)	980.823 (100)	458.964 (100)	214.635 (100)	932.594 (100)
Unipersonal	21.5	20.8	22.0	21.3	23.1	18.3
Nuclear completo de pareja sola	28.2	31.9	22.5	21.5	20.8	17.9
Nuclear completo e incompleto con hijos	17.6	18.3	17.2	15.7	15.5	14.8
Extenso o compuesto	31.8	28.2	37.4	40.4	39.5	62.4
No familiar	0.9	0.8	1.0	1.1	1.2	1.4
Uruguay**						
Total personas de 65 años y más	450,657	224,730	122,582	73,244	125,620	24,655
Unipersonal	27.6	24.8	28.8	28.0	29.2	23.9
Nuclear completo de pareja sola	30.6	35.2	25.7	26.3	24.2	20.7
Nuclear completo e incompleto con hijos	16.9	17.4	16.9	17.0	17.0	17.4
Extenso o compuesto	23.8	21.6	27.1	27.3	28.0	35.8
No familiar	1.2	1.0	1.4	1.5	1.7	2.2
México**						
Total personas de 65 años y más	7,157,142	4,912,392	637,351	403,373	1,622,982	102,599
Unipersonal	13.2	12.4	17.1	15.9	15.2	11.0
Nuclear completo de pareja sola	20.1	20.9	18.2	18.8	18.4	13.5
Nuclear completo e incompleto con hijos	21.6	22.5	18.4	18.6	19.6	16.5
Extenso o compuesto	44.8	43.9	46.0	46.5	46.4	58.5
No familiar	0.4	0.3	0.3	0.3	0.4	0.5
España**						
Total personas de 65 años y más	6,746,056	3,296,005	507,406	1,174,419	2,456,298	428,880
Unipersonal	25.6	21.9	33.6	21.1	29.0	32.8
Nuclear completo de pareja sola	42.5	47.3	28.0	42.5	36.8	22.4
Multigeneracional	28.4	28.5	38.4	32.6	28.2	42.3
Otros	3.4	2.2	0.0	3.8	6.0	2.5

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

**p < 0.05

Las características de las viviendas también están asociadas a los tipos y cantidades de limitaciones permanentes de las personas mayores. En Argentina es notorio que las personas mayores con niveles más severos de discapacidad (tres o más limitaciones permanentes o limitaciones cognitivas) tienden a vivir en proporciones más altas en vivienda con peores condiciones edilicias y de servicios básicos. Esta observación es consistente con los estudios sobre las diferencias regionales en la Esperanza de Vida Saludable (EVS) y Esperanza de Vida con Discapacidad en la Argentina (REDONDO *et al.*, 2014; BELLIARD *et al.*, 2013): en las regiones más rezagadas del país está aumentando la longevidad pero con más años esperados de vida con discapacidades y con mayor nivel de severidad de las limitaciones, mientras que en las regiones más ricas aumenta la EVS con menores años esperados de vida con limitaciones permanentes y menor severidad de las limitaciones. Es decir, se observa mayor prevalencia de personas con limitaciones permanentes y mayor severidad de las mismas en las áreas de mayor pobreza del país.

En México, las condiciones de vivienda para quienes tienen dos o más limitaciones así como para los que tienen limitaciones motoras y cognitivas no son muy favorables. No obstante sus condiciones residenciales no distan demasiado de las demás personas con otro tipo de limitaciones y menor cantidad de las mismas. Ello es explicable, en parte, porque para las personas mayores en México todavía prevalecen algunas carencias importantes en los servicios y materiales de las viviendas. Por ejemplo, para el 2010, el 12.3% de las personas con 60 años o más tenía piso de tierra, un 20.7 % residía en viviendas con niveles de hacinamiento medio, un 8.0% no contaba con baño (GARAY, MONTES DE OCA Y HEBRERO, 2015).

En España, es universal la existencia de agua potable y el último censo no indagó sobre el combustible utilizado para cocinar entre las características de la vivienda. Por ese motivo se han incorporado en esas tablas otros atributos adversos de las condiciones edilicias como son la carencia de ascensor en la finca donde se ubica la vivienda y la carencia de calefacción central o individual. También en España se observa que las personas con limitaciones severas, principalmente las de tipo cognitivo, residen en proporciones más elevadas en viviendas inconvenientes. La carencia de ascensor y de calefacción en las viviendas de personas mayores con niveles severos de discapacidad son factores determinantes para su exclusión social y para su calidad de vida (Tablas 3, 4, 5 y 6).

Tabla 3. Cantidad total y porcentaje de población de 65 años y más con limitaciones permanentes según cantidad de limitaciones y materiales de la vivienda (calefacción). ARGENTINA. URUGUAY. MÉXICO Y ESPAÑA (circa 2010)

Materiales de la vivienda	Total	Cantidad de limitaciones permanentes			
		Sin limitación	Una	Dos	3 o más
Argentina*					
Total personas de 65 años y más	3,978,080	2,864,920	622,069	262,667	228,424
Piso de baldosa, mosaico, cerámica, madera o alfombra	82.8	84.5	79.9	76.0	71.2
Techo de membrana asfáltica, baldosa, teja o pizarra o departamento horizontal	66.6	67.7	65.2	63.4	59.9
Uruguay*					
Total personas de 65 años y más	450,657	224,730	122,479	62,101	30,922
Piso de baldosa, mosaico, cerámica, madera o alfombra	86.6	88.9	85.5	83.0	81.4
Techo de membrana asfáltica, baldosa, teja o pizarra o departamento horizontal	64.6	68.4	63.5	60.4	59.1
México*					
Total personas de 65 años y más	7,365,107	5,063,380	1,376,442	650,781	274,504
Piso de baldosa, mosaico, cerámica, madera o alfombra	92.7	92.9	92.6	91.8	91.0
Techo de membrana asfáltica, baldosa, teja o pizarra o departamento horizontal	67.1	68.6	65.1	61.3	62.6
España					
Total personas de 65 años y más	6,746,056	3,296,005	2,191,735	907,754	350,562
No tiene calefacción en la vivienda (central o individual)	35.3	31.3	36.5	44.6	40.5
Si tiene calefacción en la vivienda (central o individual)	64.7	68.7	63.5	55.4	59.5

*p < 0.05

Tabla 4. Cantidad total y porcentaje de población de 65 años y más con limitaciones permanentes según tipo de limitaciones y materiales de la vivienda (calefacción). ARGENTINA. URUGUAY. MÉXICO Y ESPAÑA (circa 2010)

Materiales de la vivienda	Total	Tipo de limitación permanente (*)				
		Sin limitación	Visual	Auditiva	Motora inferior	Cognitiva
Argentina**						
Total personas de 65 años y más	3,978,080	2,864,920	980,823	458,964	214,635	932,594
Piso de baldosa, mosaico, cerámica, madera o alfombra	82.8	84.5	77.7	77.6	80.2	74.3
Techo de membrana asfáltica, baldosa, teja o pizarra o departamento horizontal	66.6	67.7	60.4	60.8	62.8	57.3
Uruguay**						
Total personas de 65 años y más	450,657	224,730	122,582	73,244	125,620	24,655
Piso de baldosa, mosaico, cerámica, madera o alfombra	86.6	88.9	82.1	84.9	84.4	79.7
Techo de membrana asfáltica, baldosa, teja o pizarra o departamento horizontal	64.6	68.4	58.7	63.1	63.1	57.2
México**						
Total personas de 65 años y más	7,365,107	5,063,380	651,710	413,019	1,664,435	105,583
No tiene calefacción en la vivienda (central o individual)	92.7	92.9	91.5	90.7	92.8	93.2
Si tiene calefacción en la vivienda (central o individual)	67.1	68.6	67.7	75.3	79.0	81.2
España						
Total personas de 65 años y más	6,746,056	3,296,005	507,406	1,174,419	2,456,298	428,880
No tiene calefacción en la vivienda (central o individual)	35.3	31.3	49.6	35.9	39.2	46.9
Si tiene calefacción en la vivienda (central o individual)	64.7	68.7	50.4	64.1	60.8	64.7

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

**p < 0.05

Tabla 5. Cantidad y porcentaje de población de 65 años y más con limitaciones permanentes según cantidad y combustible para cocinar/ascensor. ARGENTINA. URUGUAY. MÉXICO Y ESPAÑA (circa 2010)

Tipo de Hogar	Total	Cantidad de limitaciones permanentes			
		Sin limitación	Una	Dos	3 o más
Argentina*					
Total personas de 65 años y más	3.978.080	2.864.920	622.069	262.667	228.424
Electricidad, gas por cañería, supergás	96.5	97.0	95.7	94.6	92.9
Querosene, leña o carbón, otra, ninguna	3.5	3.0	4.3	5.4	7.1
No cocina	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Uruguay*					
Total personas de 65 años y más	450,657	224,730	122,479	62,101	30,922
Electricidad, gas por cañería, supergás	94.1	96.6	96.2	95.9	95.7
Querosene, leña o carbón, otra, ninguna	3.0	3.0	3.2	3.4	3.3
No cocina	0.6	0.5	0.6	0.8	1.0
México*					
Total personas de 65 años y más	7,365,107	5,063,380	1,376,442	650,781	274,504
Electricidad, gas por cañería, supergás	79.4	80.2	79.1	74.8	77.4
Querosene, leña o carbón, otra, ninguna	19.8	18.9	20.3	24.4	21.6
No cocina	0.8	0.9	0.5	0.8	1.0
España					
Total personas de 65 años y más	6,746,056	3,296,005	2,191,735	907,754	350,562
No tiene ascensor la finca donde se ubica la vivienda	50.7	47.0	56.0	51.0	49.0
Si tiene ascensor la finca donde se ubica la vivienda	49.3	53.0	44.0	49.0	51.0

*p < 0.05

Tabla 6. Cantidad y porcentaje de población de 65 años y más con limitaciones permanentes según tipo y combustible para cocinar/ascensor. ARGENTINA. URUGUAY. MÉXICO Y ESPAÑA (circa 2010)

Combustible para cocinar	Total	Sin limitación	Tipo de limitación permanente (*)			
			Visual	Auditiva	Motora inferior	Cognitiva
Argentina**						
Total personas de 65 años y más	3.978.080	2.864.920	980.823	458.964	214.635	932.594
Electricidad, gas por cañería, supergás	96.5	97.0	95.9	95.2	96.6	94.3
Querosene, leña o carbón, otra, ninguna	3.5	3.0	4.1	4.8	3.4	5.7
No cocina	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Uruguay**						
Total personas de 65 años y más	450,657	224,730	122,582	73,244	125,620	24,655
Electricidad, gas por cañería, supergás	94.1	96.6	95.7	96.1	96.3	94.7
Querosene, leña o carbón, otra, ninguna	3.0	3.0	3.6	3.2	2.9	4.0
No cocina	0.6	0.5	0.7	0.8	0.8	1.3
México**						
Total personas de 65 años y más	7,365,107	5,063,380	651,710	413,019	1,664,435	105,583
Electricidad, gas por cañería, supergás	79.4	80.2	75.3	74.1	79.7	81.3
Querosene, leña o carbón, otra, ninguna	19.8	18.9	23.9	25.0	19.7	17.8
No cocina	0.8	0.9	0.8	0.9	0.6	0.9
España						
Total personas de 65 años y más	6,746,056	3,296,005	507,406	1,174,419	2,456,298	428,880
No tiene ascensor la finca donde se ubica la vivienda	50.7	47.0	69.6	52.2	50.1	60.1
Si tiene ascensor la finca donde se ubica la vivienda	49.3	53.0	30.4	47.8	49.9	39.9

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

**p < 0.05

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

Por tipo de hogar

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

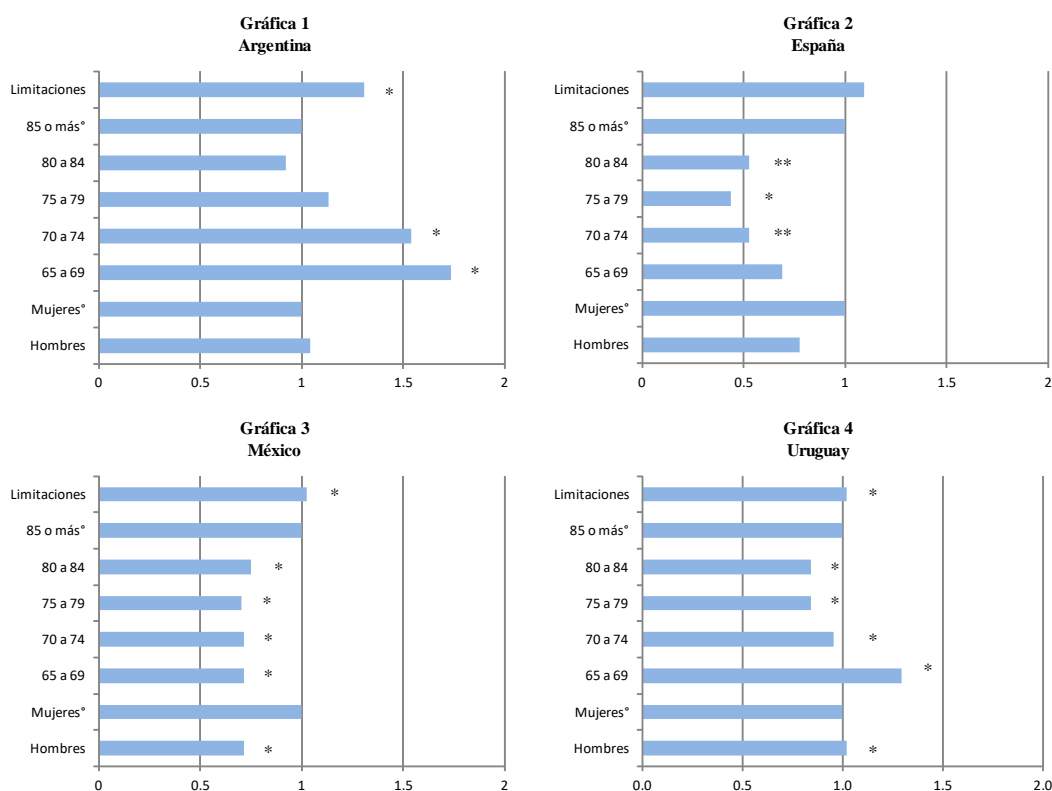
En España, las limitaciones y el sexo no inciden en el tipo de arreglo familiar de las personas mayores. La edad, en cambio, muestra una asociación estadísticamente significativa con el tipo de hogar, siendo menos propensos a vivir en hogares ampliados las personas de 70 a 84 años (Gráfica 2).

En México, las personas con limitaciones más severas tienen mayores probabilidades de vivir en arreglos extensos. Por su parte, se observa, que a medida que aumenta la edad se tienen más probabilidades de residir en este tipo de hogares. Adicionalmente se tiene que los varones son menos propensos a vivir en hogares ampliados (Gráfica 3).

Al igual que en Argentina y México, en Uruguay se registran mayores probabilidades de que las personas con limitaciones severas vivan en hogares extensos; también se observa que las personas de 65 a 69 años son más propensas a residir en arreglos ampliados, mientras que para los grupos restantes (70 a 84) las probabilidades son menores. En el caso uruguayo los hombres son más propensos a vivir en hogares extensos (Gráfica 4).

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

Probabilidades de las personas mayores de residir en hogares extensos/multigeneracionales



°Categoría de referencia

*Sig. <0.05 **Sig. <0.1

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

Por tipo de vivienda

En Argentina, las personas con limitaciones (tanto leves como severas) tienen mayores probabilidades de residir en una vivienda con condiciones desfavorables. Similar comportamiento se presenta para el grupo de edad de 65 a 69 años (Tabla 7).

En España, la única categoría que tiene una relación significativa con las condiciones de vivienda es que las personas tengan limitaciones severas, estas últimas son menos propensas a residir en viviendas desfavorables. (Tabla 7).

Las personas mayores en México con limitaciones (leves y severas) son más propensas a residir en viviendas en condiciones menos favorables, de manera similar a lo registrado en Argentina. También se observa que las personas de 70 a 74 y de 75 a 79 años tienen más probabilidades de habitar viviendas desfavorables (Tabla 7).

En Uruguay, las personas con limitaciones (leves y severas) tienen menos probabilidades de vivir en condiciones desfavorables en comparación con quienes no tienen limitaciones. Cuando se analiza la edad, se observa que a medida que aumenta la edad se es más propenso a residir en viviendas desfavorables (Tabla 7).

Tabla 7

Probabilidades de la PAM de residir en viviendas en condiciones menos favorables según cantidad de limitaciones

	ARGENTINA	ESPAÑA	MÉXICO	URUGUAY
	<i>Exp (B)</i>	<i>Exp (B)</i>	<i>Exp (B)</i>	<i>Exp (B)</i>
Tipo de limitaciones				
Limitaciones leves	1.460*	0.766	1.139*	0.745*
Limitaciones severas	1.407*	0.553*	1.255*	0.568*
Sin limitaciones	1.000	1.000	1.000	1.000
Edad				
65 a 69	1.289**	1.264	1.004	0.628*
70 a 74	1.118	1.049	1.042*	0.696*
75 a 79	0.991	0.869	1.046*	0.809*
80 a 84	1.086	1.064	0.992	0.947*
85 o más	1.000	1.000	1.000	1.000

*Sig. < 0.05 **Sig. < 0.1

Nota: La categoría de referencia es la vivienda favorable. Para la construcción de esta variable se consideró como vivienda con condiciones favorables aquella que contaba con piso de cemento o mosaico, techo de concreto, que usaban gas como combustible para cocinar y que tenían baño con cisterna. En el caso de España se consideraron las categorías como: tenencia de calefacción, ascensor y baño.

Conclusiones y discusión

El análisis descriptivo efectuado sobre la relación entre limitaciones permanentes y arreglos residenciales de las personas de 65 años y más permite ratificar la tesis de Hennessy (1995) acerca de la influencia que la implantación de los sistemas de cuidados formales de larga duración exhiben sobre las modalidades en las que las familias organizan su coresidencia. España es el único país de los considerados en este estudio en el que las personas mayores con niveles severos de discapacidad (tres o más limitaciones permanentes y limitaciones cognitivas) residen en elevadas proporciones en hogares unipersonales. En los tres países latinoamericanos, en cambio, la proporción de personas en hogares unipersonales con este tipo de limitaciones es más baja que el promedio. Cuando se realizan los modelos estadísticos se encuentra que en los países latinoamericanos el grado de severidad en las limitaciones incide en el arreglo familiar extenso, lo cual no ocurre en España. Este resultado refleja la tradición familista que predomina en América Latina, en la cual, al no existir las condiciones institucionales que ofrezcan alternativas de cuidado, las familias se hacen cargo de este.

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

La información analizada ha permitido ratificar la observación de la OPS, según la cual la carencia de sistemas de cuidados formales para atender la dependencia va a aumentar la desigualdad social en la región. Son importantes las proporciones de personas mayores discapacitadas que residen en viviendas no adaptadas a sus residentes, poniendo en evidencia que muchas familias son de escasos recursos. La atención de sus integrantes mayores con dependencia les resta posibilidades de participar del mercado de trabajo, fundamentalmente a las mujeres que son las principales cuidadoras informales, contribuyendo a disminuir sus recursos materiales. Finalmente, es importante señalar que se trata de la primera medición comparable de la discapacidad en la región, por lo que será de sumo interés seguir la evolución histórica de la situación de partida que en este artículo se presenta.

Referencias bibliográficas

- ABELLÁN GARCÍA, A.; PUGA GONZÁLEZ, D. Y PUJOL RODRÍGUEZ, R. Las personas mayores y el desafío intergeneracional. In FUNDACIÓN ENCUENTRO. (Ed.). **Informe España 2015**. Madrid, Fundación Encuentro, p. 57-88, 2015. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/Cap3-Mayores-Fun-Encuentro.pdf>. Acceso el: 01-05-2016.
- ASSISTANT SECRETARY FOR PLANNING AND EVALUATION (ASPE). **Opportunities to Improve Survey Measures of Late-Life Disability**. Part 1. Workshop Overview. USA. Washington, 2006.
- BELLARD, MATÍAS; MASSA, CRISTINA Y REDONDO, NÉLIDA (2013). “Análisis comparado de la esperanza de vida con salud en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en *Población de Buenos Aires. Año 10. Número 18*. Octubre de 2013. Buenos Aires. Dirección General de Estadística y Censos de la Ciudad de Buenos Aires.
- CEPAL (2014). *Informe Regional sobre la Medición de la Discapacidad*. Grupo de Tareas sobre Medición de la Discapacidad (CEA). Santiago de Chile. CEPAL. LC/L.3860(CE.13/3)
- _____ (2012). *Panorama Social de América Latina*. Santiago de Chile. CEPAL. pp. 248. Número de venta: S.13.II.G.6.
- _____ (2011). *Declaración de Brasilia: hacia una sociedad para todas las edades y de protección social basada en derechos*. Naciones Unidas. CEPAL. pp.10. LC/G.2359
- _____ (2010^a). *Población y salud en América Latina y el Caribe: retos pendientes y nuevos desafíos*. Comité Especial de la CEPAL sobre Población y Desarrollo. Santiago de Chile. CEPAL. LC/L.3216(CEP.2010/3)

_____. *Familias latinoamericanas: organización del trabajo no remunerado y de cuidado*. Elaborado por Andrés Espejo; Fernando Filgueira y María Nieves Rico. Documento de Proyecto. Santiago de Chile. CEPAL. p. 49. 2010b.

_____. *Tendencias demográficas y protección social en América Latina y el Caribe*. Elaborado por Evelina Bertranou. Serie Población y Desarrollo N° 82. Santiago de Chile. CEPAL. p. 80, 2008.

- ESPING-ANDERSEN, G.; DUNCAN, G.; HEMERICK, A., Y MILLES, J. (2002). *Why we need a new Welfare State*. Oxford. Oxford University Press.

- ESPING-ANDERSEN, GOSTA (1990). *The Three worlds of Welfare Capitalism*. Princeton University Press. Reprinted 1998. Princeton, New Jersey.

- FERNÁNDEZ-MAYORALAS, G. Y RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, V. La capacidad funcional de los ancianos españoles. **Revista de Gerontología**, v. 5, n.1, p. 16-22, 1995.

- FRIES, J. F. The Compression of Morbidity. *Milbank Quarterly*, v. 83, n. 4, p. 801-823, 2005.

- GARAY, S.; MONTES DE OCA, V. Y HEBRERO, M.. “Los entornos y el envejecimiento en Iberoamérica: análisis a partir de las condiciones de vivienda. *Notas de Población*, Año XLII, No. 101, pp.109-125. CEPAL/CELADE, 2015.

- HARPER, S. Demographic Transition: Positioning the Age-structural Change Perspective. **Journal of Population Ageing**, v. 4, n. 3, p. 119-120, 2011.

- HENNESSY, P. *Social protection for dependent elderly people: perspectives from a review of OECD countries: perspectives from a review of OECD countries*. OECD Labour Market and Social Policy Occasional Papers, N° 16, OECD Publishing. 1995.

- JEFATURA DEL ESTADO. LEY 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. **Boletín Oficial del Estado**, n. 299, p. 44142-44156, 2006.

- KATZ, S.; FORD, A. B.; MOSKOWITZ, R. W.; JACKSON, B. A.; JAFEE, M. W. *Studies of illness in the aged. The Index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function*. 1963.

- LAWTON MP, BRODY EM., 1969. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*; 9(3):179-86.

- NACIONES UNIDAS. **Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento. Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento**. Nueva York, Naciones Unidas, 2003. Disponible en: <<http://social.un.org/ageing-working-group/documents/mipaa-sp.pdf>>. Acceso el: 01 may 2016

- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Ciudades globales amigables con los mayores: una guía**. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 73 p., 2007. Disponible en: <<http://www.who.int/ageing/AFCSpanishfinal.pdf>>. Acceso el: 01 may 2016.

- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2001). **Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud**. Madrid, IMSERSO, 320 p.

- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS), (2012). *Estrategia para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles*. Washington, D.C.28.a CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA. 35 ps.

- PUGA GONZÁLEZ, M. D. **Dependencia y necesidades asistenciales de los ancianos en España. Previsión al año 2010**. Madrid, Fundación Pfizer, 209 p., 2002.

- REDONDO, N.; DÍAZ FERNÁNDEZ, M.; LLORENTE MARRÓN, M.; GARAY, S.; GUIDOTTI GONZÁLEZ, C.; MENDOZA VILLAVICENCIO, L. 2015 “El espacio

residencial del cuidado de los adultos mayores en América Latina y España “. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), *Notas de Población, N° 100, (LC/G.2640-P)*, Santiago de Chile, 2015

- REDONDO, N.; MASSA, C.; BELLIARD, M.; JAROSLAVSKY, C. Y WILLIAMS, I. *La Esperanza de Vida Saludable según prevalencias de limitaciones permanentes y discapacidad a partir de fuentes de datos del sistema estadístico nacional (ARGENTINA 2010)*. Informe final. Beca Salud Investiga 2013. Ministerio de Salud de la Nación. 2013.

- ROJO-PÉREZ, F.; FERNÁNDEZ-MAYORALAS, G. Y LARDIÉS BOSQUE, R. Entre las necesidades y las oportunidades de las familias para el cuidado de sus mayores que envejecen en casa. In RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, V. (Ed.). **Inmigración y Cuidados de mayores en la Comunidad de Madrid**. Bilbao, Fundación BBVA, p. 217-308, 2012.

- ROJO-PEREZ, F.; FERNÁNDEZ-MAYORALAS, G.; FORJAZ, M. J.; PRIETO-FLORES, M. E. Y MARTÍNEZ-MARTÍN, P. Residential Environment and Health Conditions Among Older-Adults in Community-Dwelling in Spain: What Influences Quality of Life? In SÁNCHEZ-GONZÁLEZ, D. y RODRÍGUEZ-RODRÍGUEZ, V. (Eds.). **Environmental Gerontology in Europe and Latin America. Policies and Perspectives on Environment and Aging**. Heidelberg, Springer. Col. International Perspectives on Aging, v. 13, p. 149-174, 2016.

- RODRÍGUEZ LASO, A.; URDANETA ARTOLA, E.; DE LA FUENTE SÁNCHEZ, M.; GALINDO MORENO, E.; YANGUAS LEZAUN, J. J. Y RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, V. Análisis del sesgo de selección en el piloto de un estudio longitudinal sobre envejecimiento en España. **Gaceta Sanitaria**, v. 27; n. 5, p. 425-432, 2013.

- SAVAGE, B.; FOLI, K. J.; EDWARDS, N. E. Y ABRAHAMSON, K. "Familism and Health Care Provision to Hispanic Older Adults". *Journal of Gerontological Nursing*, v. 42, n° 1, p. 21-29, 2016.

- SUNKEL, GUILLEMO. *El papel de la familia en la protección social en América Latina*. Elaborado por Guillermo Sunkel. Serie Políticas Sociales N°120. Santiago de Chile. CEPAL. p. 66, 2006.

- TEÓFILO RODRÍGUEZ, J.; GONZÁLEZ CABEZAS, A. N.; DÍAZ VEIGA, P. Y RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, V. Estudio Longitudinal Envejecer en España: El proyecto ELES. **Perfiles y Tendencias**, n. 50, p. 1-39, 2011.

- World Health Organization. *Ethical choices in long-term care: what does justice require?* Suiza, WHO Publications. 2002.

ANEXO

Tabla I.1. Cantidad y porcentaje de población de 65 años y más con limitaciones permanentes según cantidad y baño en la vivienda. ARGENTINA. URUGUAY. MÉXICO Y ESPAÑA (circa 2010)

Descarga de retrete/retrete en el domicilio	Cantidad de limitaciones permanentes				
	Total	Sin limitación	Una	Dos	3 o más
Argentina*					
Total personas de 65 años y más	3.978.080	2.864.920	622.069	262.667	228.424
Con cisterna	94.0	94.7	93.3	92.3	90.4
Sin cisterna o sin baño en la vivienda	6.0	5.3	6.7	7.7	9.6
Uruguay*					
Total personas de 65 años y más	450,657	224,730	122,479	62,101	30,922
Con cisterna	93.0	96.1	94.7	93.7	92.9
Sin cisterna o sin baño en la vivienda	7.0	3.9	5.3	6.3	7.1
México*					
Total personas de 65 años y más	7,365,107	5,063,380	1,376,442	650,781	274,504
Con cisterna	63.9	65.8	62.3	55.6	57.9
Sin cisterna o sin baño en la vivienda	35.4	33.6	36.9	43.8	41.6
España*					
Total personas de 65 años y más	6,746,056	3,296,005	2,191,735	907,754	350,562
No tiene WC o retrete propio en la vivienda	0.2	-	0.5	0.2	-
Tiene WC o retrete propio en la vivienda	99.8	100.00	99.5	99.8	100.0

*p < 0.05

Tabla I.2. Cantidad y porcentaje de población de 65 años y más con limitaciones permanentes según cantidad y baño en la vivienda. ARGENTINA. URUGUAY. MÉXICO Y ESPAÑA (circa 2010)

Descarga de retrete/retrete en el domicilio	Total	Sin limitación	Tipo de limitación permanente (*)			
			Visual	Auditiva	Motora inferior	Cognitiva
Argentina**						
Total personas de 65 años y más	3.978.080	2.864.920	980.823	458.964	214.635	932.594
Con cisterna	94.0	94.7	90.5	90.4	91.7	88.4
Sin cisterna o sin baño en la vivienda	6.0	5.3	9.5	9.6	8.3	11.6
Uruguay**						
Total personas de 65 años y más	450,657	224,730	122,582	73,244	125,620	24,655
Con cisterna	93.0	96.1	93.4	94.6	94.2	91.7
Sin cisterna o sin baño en la vivienda	7.0	3.9	6.6	5.4	5.8	8.3
México**						
Total personas de 65 años y más	7,365,107	5,063,380	651,710	413,019	1,664,435	105,583
Con cisterna	63.9	65.8	56.4	54.9	62.3	64.9
Sin cisterna o sin baño en la vivienda	35.4	33.6	43.6	45.1	37.7	35.1
España**						
Total personas de 65 años y más	6,746,056	3,296,005	507,406	1,174,419	2,456,298	428,880
No tiene WC o retrete propio en la vivienda	0.2	-	-	0.2	0.5	-
Tiene WC o retrete propio en la vivienda	99.8	100.00	100.0	99.8	99.5	100.0

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

**p < 0.05