

Medición de la dependencia en Uruguay. Contexto y estimación de la prevalencia.

Maira Colacce, Julia Córdoba, Alejandra Marroig, Guillermo Sánchez

INSTITUTO DE ECONOMÍA

Serie Documentos de Trabajo

Febrero, 2021

DT 02/2021

ISSN: 1510-9305 (en papel)

ISSN: 1688-5090 (en línea)

Los autores agradecen a la Comisión Sectorial de Investigación Científica (CSIC) por el apoyo financiero para la realización de esta investigación. Se agradecen los valiosos comentarios y sugerencias de Graciela Muniz Terrera, Francisco Terra, Sharon Katzkowicz, Marco Colafranceschi, Andrea Vigorito, Wanda Cabella y los participantes del seminario del Grupo de Estudios de Familia en el que se presentó el trabajo.

Este documento utiliza información de SHARE Olas 1, 2, y 6 (DOIs: 10.6103/SHARE.w1.700, 10.6103/SHARE.w2.700, 10.6103/SHARE.w6.700), ver Börsch-Supan et al. (2013) por detalles metodológicos.

Las encuestas SHARE fueron financiadas por la Comisión Europea a través de FP5 (QLK6-CT-2001-00360), FP6 (SHARE-I3: RII-CT-2006-062193, COMPARE: CIT5-CT-2005-028857, SHARELIFE: CIT4-CT-2006-028812), FP7 (SHARE-PREP: GA N°211909, SHARE-LEAP: GA N°227822, SHARE M4: GA N°261982, DASISH: GA N°283646) y Horizon 2020 (SHARE-DEV3: GA N°676536, SHARE-COHESION: GA N°870628, SERISS: GA N°654221, SSHOC: GA N°823782) y por “DG Employment, Social Affairs & Inclusion”. Se obtuvo financiamiento adicional de “German Ministry of Education and Research”, el Max Planck Society for the Advancement of Science, el U.S. National Institute on Aging (U01_AG09740-13S2, P01_AG005842, P01_AG08291, P30_AG12815, R21_AG025169, Y1-AG-4553-01, IAG_BSR06-11, OGHA_04-064, HHSN271201300071C) y de otras fuentes nacionales (ver www.share-project.org).

Forma de citación sugerida para este documento: Colacce, M., Córdoba, J., Marroig, A., Sánchez, G. (2021) “Medición de la dependencia en Uruguay. Contexto y estimación de la prevalencia”. Serie Documentos de Trabajo, DT 02/2021. Instituto de Economía, Facultad de Ciencias Económicas y Administración, Universidad de la República, Uruguay.

Medición de la dependencia en Uruguay. Contexto y estimación de la prevalencia.

Maira Colacce*, Julia Córdoba**, Alejandra Marroig***, y Guillermo Sánchez****

Resumen

La discusión acerca del cuidado de las personas dependientes ha ganado espacio en los últimos años, tanto a nivel nacional, regional e internacional como a nivel de la academia y de las políticas públicas. Sin embargo, aún no se ha avanzado lo suficiente en mejorar la disponibilidad de información clara y precisa sobre la prevalencia de la dependencia en la población, especialmente entre las personas mayores y con discapacidad. Este estudio busca estimar cuál es la prevalencia de la dependencia en personas mayores o en situación de discapacidad en Uruguay y ubicar estos resultados en relación con la prevalencia de la dependencia en otros países en desarrollo y desarrollados. Utilizando los datos de las dos olas de la Encuesta Longitudinal de Protección Social (2013 y 2015), se encuentra que la prevalencia oscila entre el 5 y 17% de las personas de 60 años y más, según el indicador que se utilice. Todos los indicadores muestran que la dependencia aumenta con la edad y que se torna especialmente prevalente entre las personas de 85 años y más. La prevalencia entre las personas menores de 60 años en 2015 es claramente menor que la observada para las personas mayores, ubicándose por debajo del 6% en todos los casos. Los resultados presentados en este documento sugieren que la prevalencia de la dependencia estimada en la segunda ronda de la ELPS resulta similar a la estimada para otros países, mientras que la prevalencia observada en la primera ola resulta excepcionalmente baja.

Palabras clave: dependencia, ELPS, envejecimiento, Uruguay

Código JEL: I10, C89

(*) Instituto de Economía (Iecon), Universidad de la República, Uruguay, correo electrónico: mcolacce@iecon.ccee.edu.uy

(**) Programa de Discapacidad y Calidad de Vida, Facultad de Psicología, Universidad de la República, Uruguay, correo electrónico: jcordoba@psico.edu.uy

(***) Instituto de Estadística, Universidad de la República, Uruguay, correo electrónico: amarroig@iecon.ccee.edu.uy

(****) Instituto de Economía (Iecon), Universidad de la República, Uruguay, correo electrónico: gsanchez@iecon.ccee.edu.uy

Abstract

The interest in the care of dependent people has gained space in recent years at the national, regional and international levels. It has also gained space in the academic and public policy arenas. However, not enough progress has yet been made in improving the availability of clear and precise information on the prevalence of dependency in the population, especially among the elderly and people with disabilities. This study seeks to estimate the prevalence of dependency in elderly or disabled people in Uruguay and to relate these results to the prevalence of dependency in other developing and developed countries. Using the data from the two waves of the Longitudinal Survey of Social Protection (2013 and 2015), the prevalence of dependency ranges between 5 and 17% of people aged 60 years and over, depending on the indicator used. All the indicators show that dependency increases with age and that it becomes especially prevalent among people aged 85 and over. The prevalence among people under 60 years of age in 2015 is clearly lower than that observed for older people, being below 6% in all cases. The results presented in this document suggest that the prevalence of dependence estimated in the second round of LSPS is similar to that estimated for other countries, while the prevalence observed in the first wave is exceptionally low.

Keywords: Dependency, Aging, LSPS, Uruguay

JEL Classification: I10, C89

1. Introducción

La discusión acerca del cuidado de las personas dependientes ha ganado espacio en los últimos años, tanto a nivel nacional, regional e internacional como a nivel de la academia y de las políticas públicas. Esto se explica por la importancia que cobran ciertos fenómenos sociales que cuestionan la sustentabilidad de los modelos tradicionales de cuidado: el envejecimiento de la población, la incorporación masiva de las mujeres al mercado laboral, el respeto a los derechos de las mujeres, niñas y niños, personas mayores y personas en situación de discapacidad, y las importantes modificaciones en las estructuras familiares, entre otros.

En este contexto, en Uruguay el tema de los cuidados ingresa a la agenda de gobierno a partir del 2010, con la creación de un Grupo de Trabajo interinstitucional en el marco del Consejo Nacional de Políticas Sociales. En 2015 se aprueba la Ley de creación del Sistema (Ley 19.353), el Plan Nacional de Cuidados 2016-2020, y se incorpora su financiamiento en la Ley de Presupuesto. Los primeros pasos en la implementación de estas políticas se dieron durante el 2016.

Sin embargo, aún no se ha avanzado lo suficiente en mejorar la disponibilidad de información clara y precisa sobre la prevalencia de la dependencia en la población, especialmente entre las personas mayores y con discapacidad. A diferencia de lo que ocurre en los niños y niñas, en estas poblaciones la dependencia está condicionada a la situación específica de cada persona. Hay muchas personas mayores o con discapacidad que no están en situación de dependencia. Una estimación precisa de la prevalencia de la dependencia para estas poblaciones es fundamental a la hora de evaluar las políticas desplegadas hasta el momento, proyectar las necesidades a futuro y avanzar en el diseño de nuevas y/o mejores políticas de cuidado, además de para conocer la situación de bienestar en la que se encuentran actualmente la población de adultos mayores o de personas con discapacidad. Es importante notar que en este documento se utilizará el concepto de dependencia asociado exclusivamente a las personas mayores y a las personas con discapacidad, sin tomar en cuenta a niños y niñas, a diferencia del uso que se hace en el contexto del Sistema de Cuidados en Uruguay.

Esta problemática no es exclusiva de Uruguay y surge de la inexistencia de acuerdos internacionales sobre cómo medir la prevalencia de la dependencia en la población. Existen tres ámbitos en los que se realizan mediciones de dependencia, con objetivos y alcances diferentes: dependencia en el ámbito clínico, dependencia para la asignación de programas y dependencia a nivel poblacional.

En primer lugar, el ámbito clínico está asociado a prestaciones sanitarias o evaluaciones del estado de salud de una persona. Este ámbito presenta un mayor desarrollo, ya que cuenta con un conjunto de instrumentos que son utilizados y están validados por diferentes técnicos (médicos, enfermeros, trabajadores sociales, etc.) para la evaluación de la situación de dependencia de una persona.

El segundo ámbito refiere a la medición de la dependencia realizada para la asignación de servicios y prestaciones. Con este objetivo generalmente se construyen baremos que buscan establecer el nivel o grado de dependencia que tiene la persona, de forma de establecer si accede o no a una determinada prestación. Suelen ser aplicados por técnicos (psicólogos, trabajadores sociales, enfermeros, etc.) y no buscan necesariamente una evaluación de la situación de dependencia sino la determinación de quienes si reciben el beneficio quienes no. En este sentido, los umbrales de los baremos están directamente asociados al objetivo de los programas a los que están asociados y a la definición de dependencia que se haya establecido, variando significativamente entre países y entre instrumentos en un mismo país. Por ejemplo, Albarrán et al (2009) simula la aplicación del baremo español, francés y alemán en la población española y encuentra grandes diferencias en la cantidad de personas que se categorizan como dependientes según cada instrumento.

Por último, a nivel poblacional se busca identificar la prevalencia de la dependencia en una población determinada, lo que requiere el relevamiento de información para toda la población o una muestra representativa de la misma. Es el ámbito que tiene menor desarrollo a nivel internacional y

donde se hace más evidente la necesidad de acuerdos que permitan obtener mediciones comparables. Es en este ámbito en el que se profundiza en este trabajo.

La implementación de la Encuesta Longitudinal de Protección Social (ELPS) en Uruguay es un importante hito para la estimación de la prevalencia de la dependencia en personas mayores y personas con discapacidad a nivel poblacional. Esta encuesta es representativa de la población mayor de 14 años que vive en hogares particulares, excluyendo a personas que viven en hogares colectivos tales como centros de larga estadía (residenciales, hogares de ancianos, etc.), y cuenta con una batería de preguntas que permiten medir la situación de dependencia de las personas encuestadas.¹ Sin embargo, el trabajo empírico que se ha desarrollado hasta el momento ha cuestionado su capacidad de arrojar estimaciones precisas y confiables.

Este estudio busca responder dos preguntas:

1. ¿Cuál es la prevalencia de la dependencia en personas mayores o en situación de discapacidad en Uruguay?
2. ¿En dónde se ubican estos resultados en relación con la prevalencia de la dependencia en otros países en desarrollo y desarrollados?

El documento sigue con un breve marco conceptual sobre la dependencia que busca delimitar los conceptos utilizados. El capítulo dos presenta una revisión de los principales instrumentos de medición de la dependencia a nivel internacional, y el capítulo tres revisa los antecedentes de medición de la dependencia en Uruguay. El cuarto capítulo se concentra en la estimación de la dependencia en Uruguay a través de la ELPS y su comparación con los resultados encontrados en otros países. Se ensayan diferentes indicadores para su medición y se evalúa su superposición y las transiciones entre las dos olas de la encuesta. Además, se analizan los factores asociados a la situación de dependencia. Por último, el capítulo cinco discute los resultados encontrados y propone una valoración de la estimación de la dependencia en Uruguay a través de la ELPS.

2. Marco conceptual asociado a la dependencia

En este apartado se pretende despejar la intrincada red de conceptos que se asocian a la dependencia y que muchas veces se confunden con ella. Es central delimitar el concepto para su medición y separarlo de otros conceptos similares. Además de dependencia, se definen discapacidad, limitaciones funcionales, diversidad funcional, envejecimiento y fragilidad, y se analiza la relación de cada uno de ellos con la dependencia.

Discapacidad. La Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y de la Salud (CIF, OMS, 2001) entiende la discapacidad como el resultado negativo entre la interacción de una condición de salud y las barreras y/o facilitadores del entorno de la persona. Es decir, existe una situación de discapacidad en tanto las ayudas y apoyos que puedan existir en el entorno de una persona no compensen las limitaciones funcionales que una condición de salud le genere. Desde este enfoque, la discapacidad se propone como un concepto paraguas en el que interactúan otros conceptos con alcance más específico como, por ejemplo, el de limitación funcional (generado por una condición de salud), actividades de la vida diaria (AVD) (donde se evidencian las limitaciones funcionales generadas), necesidad de ayudas y ajustes o apoyos razonables (Palacios, 2016).

Una forma muy utilizada para la definición y relevamiento de las limitaciones funcionales en la población es el “*Extended Set on Functioning*” (ES-F) y el “*Short Set on Functioning*” (SS-F) (versión acotada del primero) (WG, 2020). Estos instrumentos fueron propuestos por el *Washington Group on Disability Statistics* (WG), un equipo que integra la Comisión de Estadística

¹ Como se menciona más adelante, en la primera ola solo se puede estimar dependencia para las personas mayores de 60 años.

de Naciones Unidas y cuyo objetivo es la creación de herramientas internacionalmente comparables para la recopilación de datos sobre discapacidad a nivel poblacional.

Este equipo de consultores sugiere que se consideren las siguientes limitaciones: dificultad para ver aun usando lentes, dificultad para oír aun usando audífonos, dificultades para subir/bajar escalones y/o utilizar brazos o manos, dificultades para comprender, entender, conocer y/o recordar y dificultad en el relacionamiento con otras personas. Al ser descriptibles por quien las declara (persona en situación de discapacidad o referente) e identificables por quien las registra, las limitaciones se vuelven objetivables. Esta forma de relevamiento logra que la respuesta se desprenda de la edad, del diagnóstico o condición de salud y características culturales específicas ya que se centra en si la persona puede realizar la función, independientemente de las habilidades que tiene para la edad, el problema de desempeño que las limita, o las formas en las que una determinada comunidad la realiza. El WG propone la siguiente escala de severidad para cada limitación: “poca dificultad”, “bastante dificultad”, “mucho dificultad”, “no puede hacerlo” (WG, 2020). El relevamiento de estas limitaciones en diversas instancias de forma unificada garantiza la posibilidad de comparar la información internacionalmente y partiendo de diversas fuentes, desde encuestas poblacionales hasta historias clínicas.

Al profundizar en las conceptualizaciones dentro del “paraguas” de la discapacidad, se encuentran las posibles limitaciones funcionales que el desempeño o realización de las AVD. La dificultad que una persona pueda tener para desarrollar este subconjunto de funciones permite constatar de forma evidente el impacto de la(s) condición(es) de salud de una persona sobre su vida cotidiana. No obstante, la limitación, o la condición de salud, en sí misma puede no generar restricciones en la participación o dificultades en la vida cotidiana, en la medida que el entorno esté adaptado para compensar dichas limitaciones.

Al incorporar el entorno, aparecen conceptos como “diversidad funcional”; un ejemplo sería una persona que tiene dificultad para ver (limitación visual) pero no tiene dificultades para realizar las AVD ni trabajar o estudiar. Este concepto permite operacionalizar la definición de discapacidad antes mencionada y delimitarla: la discapacidad es una dificultad para realizar las AVD, que surge en la interacción entre la limitación que genera una condición de salud y el entorno de la persona.

Las AVD han resultado ser la mejor herramienta para medir o estimar la necesidad de apoyos (ajustes, ayudas técnicas y tecnológicas, asistencia), ya sea para la dependencia como para la discapacidad. Se las define como “Aquellas que ejecuta una persona con frecuencia habitual, las cuales le permiten vivir de forma autónoma, integrada en su entorno habitual y cumpliendo su rol social” (Querejeta, 2009).

Existen dos grandes clasificaciones de las AVD: las Básicas (ABVD) descritas por Katz et al (1963), hacen referencia a las actividades que permiten al sujeto ser independiente en su domicilio (De la Fuente-Bacelis et al., 2010, p. 2) y las Instrumentales (AIVD) propuestas por Lawton y Brody (1969), permiten una vida independiente en la comunidad. Estas actividades están incorporadas en la CIF (OMS, 2001), agregando las Actividades Avanzadas de la Vida Diaria (AAVD) que responden a las vinculadas a la inclusión (participación, trabajo, educación). De esta manera quedan contempladas las dimensiones que hacen al concepto de discapacidad de la CIF (OMS, 2001).

Más allá del acuerdo sobre las AVD como estrategia para la identificación de la discapacidad y dependencia, la selección concreta de las actividades depende del autor o contexto, e incluso de la información disponible. Las ABVD son las que cuentan con mayor consenso, respetando la selección realizada por Katz et al (1963): “Baño”, “Vestido”, “Uso del WC”, “Movilidad”, “Continencia” y “Alimentación”. Las instrumentales propuestas por Lawton y Brody (1969) son “Capacidad para usar el teléfono”, “Hacer compras”, “Preparación de la comida”, “Cuidado de la casa”, “Lavado de la ropa”, “Uso de medios de transporte”, “Responsabilidad respecto a su medicación” y “Manejo de sus asuntos económicos”. Sin embargo, en muchas ocasiones se encuentran otras actividades en esta

selección. Por ejemplo, las nueve AVD propuestas por la CIF son: “Aprendizaje y aplicación del conocimiento”, “Tareas y demandas generales”, “Comunicación”, “Movilidad”, “Autocuidado”, “Vida doméstica”, “Interacciones y relaciones personales”, “Educación/Trabajo/Economía” y “Vida comunitaria, social y cívica” (Querejeta, 2009).

Dependencia. Cuando se analiza el vínculo entre las limitaciones funcionales para realizar AVD y los ajustes o apoyos necesarios, surge el concepto de necesidad de ayuda de un tercero o dependencia. Tanto en la discapacidad como en la dependencia se parte de la existencia de una condición de salud que impacta en la capacidad de la persona de hacer las AVD al punto de que para poder desarrollarla necesita de asistencia o cuidados. Como parten de este lugar común, suelen generarse confusiones como plantea Querejeta González (2009) “...también suele ser frecuente lo contrario, es decir solapar la dependencia y la discapacidad, confundiendo las dificultades o limitaciones para realizar una actividad concreta, con la necesidad de ayuda para realizarla (...) La discapacidad es atributo inseparable de la dependencia, pero pueden existir diversos grados de discapacidad sin que exista dependencia...” (p. 27).²

Ambas son relacionales y situacionales, dependen del contexto en el que se dé la limitación o la necesidad de ayuda y pueden ser de duración permanente o transitoria. Esto último merece una aclaración, ya que no se evalúan la discapacidad ni la dependencia cuando la condición de salud está en un momento agudo, sino que se espera a que la situación se vuelva crónica o que las intervenciones para compensar las limitaciones generadas se hayan reducido al máximo.³

Según el Libro Blanco de la Dependencia (IMSERSO, 2004) la dependencia se define por el “estado en el que se encuentran las personas que, por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, los referentes al cuidado personal.” Se entiende que se requieren tres factores para identificar la situación de dependencia: la existencia de una limitación física, psíquica o intelectual que disminuye las capacidades de la persona, la incapacidad para realizar por sí mismo las actividades cotidianas y la necesidad de asistencia o apoyo (cuidado) por parte de un tercero para realizar estas actividades. Harwood et al. (2004) definen una situación de dependencia cuando la necesidad de ayuda o cuidados de otra persona van más allá de los que habitualmente requiere un adulto sin condiciones de salud que limiten su desempeño funcional. Por tanto, ambas definiciones consideran la necesidad de ayuda o de cuidados de otra persona para conceptualizar la situación de dependencia.

En la dependencia no se considera el diagnóstico o la condición de salud que presenta la persona respecto a las limitaciones que pueda tener. Sólo se busca identificar si existe una dificultad para realizar una AVD acorde a cómo se realiza en la comunidad en donde la persona está inserta, y si para compensar esta dificultad, necesita de la ayuda de una tercera persona.

Se puede entender la dependencia con un funcionamiento de “círculos concéntricos” en tanto una necesidad de ayuda puede desencadenar en otras afectando distintos ámbitos vitales. El aspecto más estudiado de este estado está vinculado a la pérdida de funciones corporales y/o sensoriales y se la entiende como una situación, temporal o permanente, que puede tener un impacto distinto según los factores individuales, ambientales y sociales (Agudelo Botero, Medina Campos, 2014).

² Como se mencionó anteriormente, en el caso de Uruguay la situación de dependencia se asocia también con la infancia, dado que en ese período de la vida se requiere de ayuda de otra persona para realizar las actividades de la vida diaria. En este caso, la dependencia no está asociada a una condición de salud. La revisión que se presenta en este documento hace referencia exclusiva a personas adultas.

³ Se hace referencia a situaciones de dependencia transitoria cuando la dependencia solo se presenta en momentos agudos o durante un período acotado de tiempo. En este documento no se evalúan estas situaciones.

Envejecimiento y dependencia. Aunque la situación de dependencia puede presentarse en cualquier etapa del ciclo vital, en el caso de las personas mayores tiene un contexto de origen o aumento de la severidad asociado a la multimorbilidad, la cronicidad de malestares que previamente eran agudos o esporádicos, el deterioro del estado funcional (físico y/o psíquico) y lo que se conoce como Síndrome Geriátrico, que pueden generar mayores limitaciones que la condición de salud que lo origina (Agudelo Botero, Medina Campos, 2014).

Con el abordaje geriátrico integral al momento de pensar la situación de las personas mayores surge el término *fragilidad*. Este término está frecuentemente asociado con el de discapacidad y con el de dependencia, pero tienen grandes diferencias. Como lo definen De la Fuente-Bacelis, et al. (2010) la “... fragilidad, es un síndrome clínico-biológico caracterizado por disminución de la resistencia y de las reservas fisiológicas del adulto mayor ante situaciones estresantes, a consecuencia del acumulativo desgaste de los sistemas.”

La fragilidad es un concepto fundamental para analizar la situación de dependencia de las personas mayores, pero es indudablemente distinto de la dependencia, ya que su interés radica, fundamentalmente, en la reacción de vulnerabilidad de los sistemas y aparatos fisiológicos ante situaciones de estrés que pueden estar asociadas a factores personales (condiciones de salud, discapacidad, dependencia,) y/o ambientales (altas temperaturas, privación alimentaria, deshidratación). Es un concepto que engloba a los descritos anteriormente y que se presenta como parte de la acumulación de situaciones de comorbilidad y riesgo que, en sus inicios, puede ser “silenciosa” (Fried, Ferrucci, Darer, Williamson, Anderson, 2004).

La fragilidad es comúnmente asociada al envejecimiento (Brehmer, Weber, 2010) debido a que uno de los factores más significativos es la ausencia de apoyo social y emocional en esta población. Se han encontrado tres indicadores que aumentan la probabilidad de necesitar ayuda en este contexto: 1) no tener con quien hablar, 2) comer sólo la mayor parte del tiempo y 3) no decidir sobre la preparación de los alimentos que consume (Agudelo Botero, Medina Campos, 2014).

3. ¿Cómo se mide dependencia a nivel poblacional en otros países del mundo?

Instrumentos clínicos

Desde fines de la década de 1970 existen instrumentos de medición de la dependencia a nivel internacional que buscan identificar dependencia a través de la utilización de diferentes escalas. Estos instrumentos son muy utilizados y son ampliamente conocidos, pero sus aplicaciones están restringidas en términos de la cobertura, generalmente asociadas a investigaciones vinculadas al aspecto biológico o médico del tema. En algunos casos, son también utilizados como instrumentos para determinar el ingreso a prestaciones de cuidado, aún cuando no fueron concebidos como baremos de dependencia. El ámbito más usual de aplicación de estos instrumentos ha sido el clínico, por lo que los estudios que los aplican tienen, por lo general, un alcance limitado y no buscan ser representativos sino descriptivos de una población definida, por ejemplo, por estar hospitalizada, consultar frecuentemente a servicios médicos, residir en centros de larga estadía o tener una condición de salud y/o diagnóstico. Si bien permiten la identificación de si la persona está en situación de dependencia y su nivel o grado, se basan por lo general en la autodeclaración, dado que están basados en un cuestionario realizado a los pacientes o sus cuidadores/as principales. De todos modos, la presencia de un técnico especializado en el momento de la valoración mejora la calidad de la información proporcionada.

Los instrumentos más conocidos y aplicados a nivel internacional son los sugeridos por Katz et al (1963), Lawton y Brody (1969), el método de intervalo sugerido por Isaacs y Neville (1976), el Test de Pfeiffer (1975), y el Test Delta (Marco Corredor et al., 2013).

Como se mencionó previamente, el estudio pionero de Katz et al (1963) propone un conjunto de AVD que son básicas para el funcionamiento de las personas mayores o enfermas. Identifican 6 funciones (bañarse, vestirse, ir al baño, desplazamiento, continencia y alimentarse) para las que se establecen criterios para determinar si la persona puede realizar la actividad con independencia o no. En función de ello se define una escala con 7 posibles valores para la dependencia. El cuestionario debe ser completado por un profesional médico o social, evaluando de forma directa o a través del auto reporte la capacidad de la persona de realizar cada una de las actividades.

Otro ejemplo es la escala de Lawton y Brody (1969) que evalúa la autonomía o necesidad de ayuda en las que estos autores definen como Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD): usar el teléfono, realizar compras, preparar alimentos, limpiar el hogar, lavado de ropa, traslado fuera del hogar, tomar medicamentos y manejar las finanzas. Asigna un valor de 1 si la persona puede realizar la tarea de forma autónoma y de 0 si requiere de ayuda. La construcción de la puntuación final surge de la suma de todas las respuestas. La aplicación se basa en el autoreporte, preguntando directamente a la persona o a su cuidador/a principal. Arenas et al (2019) aplican esta escala para pacientes de diálisis en España, y categorizan el nivel de dependencia en base al puntaje obtenido en independencia (8 puntos), Dependencia ligera (6-7 puntos), Dependencia Moderada (4-5 puntos), Dependencia severa (2-3 puntos) y Dependencia total (0-1 punto).

Isaacs y Neville (1976) proponen una medida de intervalos que evalúa el tiempo de cuidado que la persona requiere: alta dependencia (requiere cuidado las 24 horas), dependencia moderada (requiere de cuidado intermitentemente durante el día), baja dependencia (requiere de cuidado con frecuencia mayor a la diaria), y sin dependencia. Las actividades asociadas a alta dependencia son: uso del baño, levantarse de la cama o silla, comer, incontinencia, vestirse, o discapacidad cognitiva severa. En moderada se ubica la necesidad de ayuda para preparar alimentos o ponerse zapatos y medias. Para identificar dependencia baja se consideran bañarse, cortarse las uñas, hacer compras y tareas domésticas.

El test de Pfeffer et al (1982) busca evaluar el funcionamiento social de personas mayores en la comunidad. El cuestionario sugerido tiene 11 preguntas con una valoración del 0 al 3 en cada una de ellas (0=Normal, 3=no puede hacerlo). Un puntaje total de 6 o más indica alteración funcional. Las actividades valoradas son: manejar dinero, hacer compras, preparar café o té y luego apagar el fuego, hacerse la comida, estar al corriente de las noticias, prestar atención, entender y discutir las noticias, recordar citas, días festivos, cumpleaños, manejar su propia medicación, viajar solo fuera de su barrio y volver, saludar apropiadamente, salir solo a la calle. Los autores sugieren que es un mejor instrumento que el de las actividades instrumentales de la vida diaria para discriminar entre niveles de funcionamiento y predecir puntajes cognitivos.

Por último, el test Delta, antecedente directo del baremo de dependencia español ((Boletín Oficial del Estado, Real Decreto 174/2011). Consta de tres subescalas independientes referidas al grado de dependencia, deficiencia física y deficiencia psíquica. La primera de estas escalas es la que se asocia a la dependencia y evalúa 10 funciones, relacionadas con las ABVD: movilización, deambulación y desplazamiento, aseo, vestido, alimentación, higiene bacteriana, administración de tratamientos, cuidados de enfermería, necesidades de vigilancia, y colaboración. Cada una de ellas es valorada con un puntaje de 0 a 3 según el siguiente criterio: 0: autonomía de función, 1: ayuda ocasional, 2: ayuda frecuente y 3: ayuda permanente. A partir del puntaje obtenido en esta subescala se puede clasificar a la persona en válido si tiene un puntaje de 0 o 1 punto, asistido leve si obtiene entre 2 y 9 puntos, asistido moderado si obtiene entre 10 y 19 puntos o asistido severo para puntajes por encima de los 20 puntos.

Estimación poblacional de dependencia

La estimación de la dependencia a nivel poblacional, principal objetivo de este estudio, es solo posible a través de encuestas que releven la situación de una muestra representativa de la población.

La inclusión de preguntas que permitan estas estimaciones en encuestas de hogares y/o en encuestas dirigidas específicamente a poblaciones con mayor riesgo de dependencia, especialmente a personas mayores, es cada vez más habitual. Sin embargo, aún no existe acuerdo sobre la forma más adecuada de identificar la prevalencia de la dependencia con estas preguntas.

Las estimaciones de la prevalencia de la dependencia a nivel poblacional que tienen mayor visibilidad son las de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) y la Comisión Europea (CE), basadas en las encuestas de hogares de los países (Encuesta sobre las Condiciones Socioeconómicas e Ingreso, SILC-EU por su sigla en inglés). Los Reportes de envejecimiento de la CE (“Ageing Report”) incluyen una estimación de la población mayor de 15 años en situación de dependencia. El trabajo de Colombo et al (2011), muy influyente en la literatura de cuidado en Europa, se basa en estas estimaciones. Se considera que una persona es dependiente si declara tener una limitación de largo plazo para la realización de actividades debido a problemas de salud. La OCDE utiliza esta misma pregunta para identificar discapacidad en sus informes periódicos de salud (“Health at a glance”). Esta operacionalización no se adecúa a las definiciones actuales de dependencia dado que no considera la necesidad de ayuda de otra persona para realizar actividades de la vida diaria.

En Europa y en Estados Unidos existen también estudios sobre envejecimiento que incorporan preguntas sobre restricciones para realizar las AVD y la necesidad de ayuda.⁴ Las experiencias más interesantes son los paneles que siguen a una cohorte de personas a lo largo del tiempo. El Estudio de Salud y Retiro (“Health and Retirement Study”, HRS) para Estados Unidos que sigue a una cohorte de personas mayores de 50 años en 1992. Inglaterra cuenta con un estudio similar (“English Longitudinal Study of Aging”, ELSA) que comienza en 2002, también siguiendo a una cohorte de personas de 50 años y más. A partir del 2004 se lanza el SHARE (“Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe”), un estudio longitudinal para un amplio conjunto de países europeos. En cualquier caso, la identificación de la dependencia no tiene un rol central en estos estudios, las preguntas varían sustancialmente entre encuestas y son en algunos casos muy vagas.

En América Latina solo Chile y Uruguay cuentan con estimaciones poblacionales de la prevalencia de la dependencia, además de las estimaciones para México de la OCDE.⁵ Chile cuenta con un hito importante en su Estudio Nacional de la Dependencia en las Personas Mayores realizado en 2009. Esta encuesta se dirige a personas de 60 años y más e indaga sobre las limitaciones y necesidades de ayuda en la realización de un conjunto de Actividades de la Vida Diaria, básicas e instrumentales.

A partir de dicho estudio, el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA, 2010) construye un indicador para la medición de dependencia que permite identificar tres niveles de severidad: leve, moderado y severo. Se considera que una persona no es dependiente si declara no tener dificultad para realizar las AVD, básicas o instrumentales. La dependencia leve se identifica a través de la incapacidad para realizar una AIVD, la necesidad permanente de ayuda para la realización de dos AIVD o para una ABVD excepto bañarse. La dependencia moderada se asocia a la incapacidad de bañarse, la necesidad de ayuda permanente para realizar dos o más ABVD, la necesidad de ayuda permanente para tres o más AIVD, o a la incapacidad de realizar una AIVD y la necesidad de ayuda permanente para realizar una actividad básica. Por último, la dependencia severa se asocia a inhabilidad para realizar una ABVD (exceptuando bañarse), o a la incapacidad de realizar dos AIVD o más. Los resultados del Estudio Nacional de la Dependencia en las Personas Mayores según este indicador muestran que el 24,1% de las personas de 60 años o más eran dependientes. La mitad de ellos eran dependientes severos.

⁴ Hay experiencias similares para Australia “*Disability, Ageing and Carers*”, y más recientemente para Corea, India y China.

⁵ Los estudios para Uruguay se revisan en el próximo capítulo.

A partir del 2006 la encuesta de hogares de Chile (CASEN), incluye preguntas respecto a la capacidad de realizar las AVD, y a partir del 2015 se pueden realizar estimaciones de dependencia para toda la población chilena utilizando la información de CASEN. Villalobos (2019) y Browne et al (2020) utilizan el indicador propuesto por SENAMA (2010) para estimar la prevalencia de la dependencia en Chile.

Las diversas operacionalizaciones de la dependencia tienen un conjunto de limitaciones. En primer lugar, en muchos casos no permiten la identificación de diferentes grados de dependencia. En segundo lugar, las diferencias en las preguntas incluidas en las encuestas, así como en el orden en que se realizan, hacen que los resultados obtenidos en base a diferentes estrategias no sean comparables. Por último, se basan en la autodeclaración y en la autopercepción de quienes son encuestados, lo que limita la comparabilidad entre países y la consistencia en el tiempo. A su vez, el auto reporte tiene ventajas y desventajas. Por un lado, los individuos tienden a conocer más sobre su salud que los que cualquier investigador pueda saber. Por otro lado, las personas pueden estar incorporando otros elementos en su reporte, como su estado de ánimo, que modifiquen sus respuestas y no tengan que ver estrictamente con la dimensión preguntada. Asimismo, cada persona puede tener diferentes umbrales o puntos de comparación para juzgar su situación respecto a qué significa necesitar ayuda para realizar una AVD. Algunos estudios han evaluado el peso de cada uno de estos elementos para la autopercepción del estado de salud y concluyen que las desventajas son mayores que los posibles beneficios, encontrando que los errores de medida se correlacionan con variables socioeconómicas (Currie y Mandrian 1999). Más aún, Crossley y Kennedy (2002) encuentran diferencias de 28% en las respuestas de una misma persona en los diferentes momentos de la encuesta.

4. ¿Cómo se mide dependencia en Uruguay?

Los antecedentes de medición de la dependencia en Uruguay considerados en este trabajo se concentran en dos grandes grupos: la construcción de instrumentos para la asignación de las prestaciones de dependencia asociadas al Sistema Nacional Integrado de Cuidados (SNIC) y las mediciones poblacionales a través de encuestas. Estas últimas también tienen una fuerte relación con las políticas de cuidados dado que entre sus objetivos se encuentra la delimitación de la población objetivo del SNIC. En este capítulo se reseñan los principales antecedentes nacionales para la medición de la dependencia y sus resultados en los casos que corresponda.

4.1 Instrumentos para asignar programas

En Uruguay existe un único instrumento para medir dependencia asociado a la asignación de políticas, el Baremo de Dependencia. Este instrumento releva la necesidad de ayuda que tiene una persona por parte de un tercero y describe cuál es la razón (problema de desempeño), qué tipo de ayuda precisa y con qué frecuencia lo necesita. No necesita de una valoración de discapacidad previa ni de diagnósticos certificados; se basa en las necesidades de ayuda cotidianas que una persona pueda tener y en el relato del entrevistado (persona en situación de dependencia o referente de cuidados) sobre su posibilidad de resolverlo.

Es un instrumento basado en 13 grupos de preguntas sobre las AVD, cada una desagregada en tareas específicas. Las AVD evaluadas son: Comer y beber, Higiene personal relacionada con micción y defecación, Lavarse, Cuidados Personales, Vestirse, Mantenimiento de la Salud, Cambiar y mantener la posición del cuerpo, Desplazarse dentro del hogar, Desplazarse fuera del hogar, Realizar tareas domésticas, Participar en la vida social y comunitaria, Habilidades de comunicación y autonomía psíquica, y Funciones mentales. Si la persona entrevistada o su referente responden

que no puede realizar una tarea sin ayuda, se despliegan nuevas preguntas que profundizan en cómo es esa ayuda y por qué razón es.⁶

Su construcción se realizó a través de la consultoría “Construcción de Baremos para valoración de Dependencia” (MIDES, 2018), tomando como referencia el baremo de dependencia español (IMSERSO, 2004). Su adaptación y validación constó de las siguientes etapas: formulación matemática del índice, generación de la matriz de tareas y actividades por edad, ponderación de cada elemento de la matriz mediante consulta a expertos, ponderación de la variable asistencia y frecuencia mediante consulta a expertos, incorporación de la vulnerabilidad social en el índice, generación de los puntos de corte, estudio de la validez de la clasificación.

Para la validación se realizaron entrevistas domiciliarias a cargo de personal técnico y/o con una capacitación específica. De esta instancia de aplicación se obtienen los umbrales para la determinación de los grados de dependencia (sin dependencia, leve, moderada, severa).

En el 2017 la Junta Nacional de Cuidados resuelve aprobar este instrumento como referencia para la asignación de prestaciones del SNIC cuya población objetivo sean personas en situación de dependencia mayores de 3 años. Actualmente, el SNIC utiliza el Baremo de Dependencia para adjudicar el programa de Asistentes Personales, en caso de que el resultado sea una dependencia severa, y para Centros Diurnos en caso de que sea una dependencia leve o moderada.⁷

Su aplicación se realiza en una entrevista domiciliaria a cargo de personal técnico y/o con una capacitación específica. De esta instancia, se obtiene un número al que se le asocia un grado de dependencia (sin dependencia, leve, moderada, severa). Hasta noviembre del 2020 el baremo se ha aplicado en 14.303 casos, obteniendo una distribución de 3,7% dependencia leve, 9,2% dependencia moderada, 86,8% dependencia severa, y 0,3% sin dependencia.

4.2 Aproximación a través de encuestas

En Uruguay la incorporación de la identificación de dependencia en encuestas es más reciente que en los países desarrollados. La principal fuente de información para la estimación de dependencia es la Encuesta Longitudinal de Protección Social (ELPS), que cuenta con dos olas (2012-2013 y 2015-2016). Existen otras dos experiencias de encuestas pequeñas que se desarrollan entre 2012 y 2013 y presentan restricciones en cuanto a su metodología o a la población a la que están dirigidas, que se reseñan a continuación.

La primera experiencia de identificación de dependencia entre las personas mayores es la Encuesta de Detección de Población Adulta Mayor Dependiente (Paredes et al 2013, SNC-INMAYORES 2014) realizada por el Núcleo Interdisciplinario de Envejecimiento y Vejez (NIEVE) de la Universidad de la República en 2012. Su principal limitación es que es una encuesta telefónica y con una muestra pequeña (836 casos), pero permite identificar a personas mayores con dependencia, separando entre dependencia moderada y severa por un lado y dependencia leve por el otro. El primer grupo incluye a personas que declararon necesitar ayuda en una o más ABVD y el segundo a quienes declaran no necesitar ayuda en ninguna ABVD, pero que sí necesitan ayuda para alguna AIVD. Las ABVD analizadas son: Bañarse o lavarse, Vestirse y desvestirse, Usar el baño, Acostarse y levantarse de la cama/sentarse y levantarse de la silla, llevarse comida a la boca, caminar dentro de la casa. Las actividades instrumentales consideradas son: hacer las compras, realizar quehaceres ligeros, realizar quehaceres pesados, manejar dinero, desplazarse fuera del hogar solo, organizar y tomar medicamentos.

⁶ El formulario de aplicación puede consultarse en <http://sijas.mides.gub.uy/innovaportal/file/99818/1/formulario-de-aplicacion-baremo-de-dependencia.pdf>

⁷ Es necesario aclarar que para que las personas sean visitadas para la valoración de dependencia deben cumplir con el criterio de edad exigido para cada Programa (menores de 29 años o mayores de 80 años para Asistentes Personales y mayores de 65 años para Centros Diurnos.)

Utilizando la información proveniente de esta encuesta, Paredes et al. (2013) indican que la prevalencia de la dependencia entre mayores de 64 años es de 16,3% con importantes diferencias entre mujeres y varones y por edades (ver Cuadro 1). Entre quienes presentan dependencia moderada y severa, el 44% declara necesitar ayuda para cuatro o más ABVD y el 30% para realizar dos o tres. La actividad en la que se registra mayor necesidad de ayuda es bañarse o lavarse (76%), seguida de vestirse y desvestirse (70,6%). Más de la mitad de las personas encuestadas declara necesitar ayuda para caminar dentro de su casa (52,9%), acostarse o levantarse (52,9%), y/o usar el baño (51%). Finalmente, el 37,3% necesita ayuda para llevarse comida a la boca.

Cuadro 1. Prevalencia de la dependencia según diferentes fuentes

		Total	Leve	Moderada	Severa
EDPAMD - Paredes et al (2013)	65 y más	16,3	10		6,3
	Mujeres	22,8			
	Varones	6,5			
	65 a 74 años	10,3			
	75 y más	23,1			
Encuesta de dependencia - Rossel (2014)	Total	70,9	14,6	17,3	39,0
ELPS Ola 1 - Pugliese y Sosa (2015)	65 y más	11,3	4,0	5,1	1,9
	Mujeres	14	5,5	6,4	1,8
	Varones	7,3	1,8	3,2	1,9
ELPS Ola 1 - MIDES (2018)	60 y más	9,5	3,5	3,4	2,5
	65 y más	11,3	4,0	4,2	3,1
	60 a 64	3,4	1,9	0,8	0,7
	65 a 69	5,9	2,6	2,0	1,3
	70 a 74	7,3	2,9	2,0	2,4
	75 y mas	16,6	5,4	6,7	4,5
ELPS Ola 2 - Méndez (2019)	16 y más	5,5	1,9	2,3	1,4
MIDES y BPS (2020)	60 y más (ola 1)	9,4	3,5	3,4	2,5
	60 y más (ola 2)	17,0	6,0	7,0	4,0

Notas: Rossel (2014) refiere a la encuesta de dependencia realizada a beneficiarios de la prestación por discapacidad severa del BPS. No tiene restricción de edad. El informe no presenta la prevalencia por edad o sexo, sino el peso de cada tramo de edad y sexo en el total de personas dependientes. Siguiendo a MIDES (2018) se registra como dependencia moderada en Pugliese y Sosa (2015) lo que su informe considera dependencia moderada y severa. La categoría dependencia muy severa del informe se asocia a dependencia severa. En Pugliese y Sosa (2015) la suma de los niveles de dependencia puede no sumar el total de dependencia debido a valores faltantes en las preguntas que permiten identificar los niveles. Méndez (2019) no presenta la prevalencia por edad o sexo, sino el peso de cada tramo de edad y sexo en el total de personas dependientes.

Fuente: Elaboración propia en base a Rossel (2014), Pugliese y Sosa (2015), MIDES (2018), Méndez (2019) y MIDES y BPS (2020).

La otra experiencia en la que se midió dependencia en Uruguay fue la Encuesta de Dependencia en el marco de las prestaciones previstas por la Ley 18.651 (Rossel 2014). Esta encuesta está dirigida a una muestra de 2002 personas, representativa de quienes reciben pensión por invalidez severa del Banco de Previsión Social y fue aplicada entre octubre del 2013 y febrero del 2014. Esto implica que no representa a la población uruguaya, ni siquiera a las personas con discapacidad, sino a una población que percibe una prestación específica. En este caso, no se establecen restricciones en la edad de las personas para realizar la encuesta, dado que la prestación puede ser entregada a personas de cualquier edad.

Para la identificación de los diferentes grados de dependencia en la Encuesta de Dependencia, se utilizan tres preguntas respecto a un conjunto de actividades básicas de la vida diaria. Se indaga sobre la presencia de dificultad para realizar la tarea, la necesidad y frecuencia de ayuda para realizarla y el tipo de ayuda requerida. Siguiendo la recomendación de PRONADIS (2013), se establece que las actividades que son relevantes para la identificación de dependencia dependen de la limitación que la persona presente. Para quienes presentan limitaciones mentales se considera: evitar riesgos de salud, pedir ayuda o seguir tratamientos, desplazarse fuera del hogar, realizar tareas domésticas, participar en la vida social y comunitaria, y comunicarse y tomar decisiones. Si las limitaciones son físicas, se consideran las actividades de comer y beber, ir al baño, bañarse y lavarse, aseo personal, vestirse, cambiar y mantener la posición del cuerpo, y desplazarse dentro del hogar.

Se registra como no dependiente quien no requiere ayuda para realizar ABVD y no presentan limitaciones.⁸ La dependencia leve se identifica como aquellas personas que declaran tener alguna limitación y requieren de supervisión u orientación verbal para realizar algunas de las actividades relevantes a esa limitación. Son dependientes moderados quienes requieren ayuda física parcial y dependientes severos quienes requieran la sustitución total.

Los resultados indican un nivel de dependencia muy importante entre quienes reciben esta prestación, 71% presenta algún grado de dependencia y 39% presenta dependencia severa (Cuadro 1). No se identifica un perfil diferenciado por grado de dependencia entre mujeres y varones ni en términos de edad.

La ELPS es la encuesta de mayor alcance que permite analizar dependencia en Uruguay. Una descripción detallada de sus características se presenta en la próxima sección. Es una encuesta longitudinal realizada por el BPS en dos olas, la primera entre el 2012 y 2013 y la segunda entre el 2015 y 2016. Existe cierto consenso en que la ELPS ofrece la mayor robustez para la estimación de la dependencia en el país (SIVE, 2015:91). La encuesta indaga sobre la necesidad de ayudas en un conjunto de AVD (básicas e instrumentales), la frecuencia y el tipo de ayuda requerida. En la primera ola, este módulo se aplica a las personas de 60 años y más, y en la segunda ola se aplica también a quienes declaren tener limitaciones independientemente de su edad.

En el informe de la primera ola de la ELPS, Pugliese y Sosa (2015) presentan una estimación de dependencia entre personas mayores, utilizando la necesidad de ayuda y el tipo de ayuda requerida. Identifican a una persona como dependiente muy severa si requiere de sustitución máxima en al menos una ABVD; si requiere de ayuda física parcial en al menos una ABVD es considerada como dependiente severa; la dependencia moderada se identifica a través de la necesidad de supervisión en al menos una ABVD; y la leve como necesidad de ayuda en AIVD sin requerir apoyo en las actividades básicas.

Los autores reportan que el 11% de las personas de 65 años y más están en situación de dependencia, con niveles mayores para las mujeres (ver Cuadro 1). Al analizar por niveles, encuentran que el 56% de los dependientes son severos o muy severos y que la distribución por niveles depende del sexo, con una proporción mayor de mujeres con dependencia leve que varones. Encuentran también que la prevalencia de la dependencia aumenta con la edad, pero la distribución por grados no se modifica sustancialmente. Por último, sus resultados señalan que hay un mayor peso de las personas con menor nivel educativo entre los dependientes, aunque no se puede establecer una relación clara con su grado.

MIDES (2018) realiza una adaptación del baremo de dependencia para su utilización en la ELPS. En la encuesta se encuentran casi todas las actividades que se evalúan en el baremo, pero no se desagregan en las tareas. Por ello, se toman solamente los puntajes del baremo por edad para cada actividad y los ponderadores por tipo de ayuda requerida.

⁸ No se consideran las limitaciones sensoriales para la identificación de dependencia.

En el informe se reporta que la prevalencia de la dependencia es de 9,5% entre los mayores de 59 años y de 11,3% entre las personas de 65 años y más (ver Cuadro 1).⁹ Cuando se considera a todas las personas mayores, la distribución por niveles es prácticamente en tercios, con un peso levemente menor de la dependencia severa. Sin embargo, la distribución por niveles es diferente por edades. El peso de la dependencia leve cae con la edad, y el de la dependencia moderada y severa aumenta.

Utilizando la metodología de identificación de dependencia basada en la adaptación del baremo, Méndez (2019) analiza los resultados de la segunda ola de la ELPS y reporta una prevalencia de la dependencia de 5,5% entre los mayores de 16 años, creciente con la edad. Además, un mayor peso de las mujeres entre las personas dependientes que lo explica por su mayor peso entre las personas mayores, dado que entre los menores de 60 el peso de los varones es mayor.¹⁰ La dependencia moderada es la de mayor prevalencia, representando cerca de la mitad de las personas en situación de dependencia. En el informe reportan que no hay diferencias por sexo en la distribución de los niveles de dependencia, pero sí por edades. Las personas dependientes más jóvenes (16 a 29 años) tienen un peso mayor de la dependencia severa, similar al existente entre los mayores de 80 años. Respecto al estado de salud de las personas dependientes, identifica que éstas presentan una mayor prevalencia de enfermedades crónicas (82,8%) en comparación con los no dependientes (42,7%). Además, las personas dependientes tienen una autovaloración más negativa de su estado de salud que los no dependientes, y esta percepción es peor a mayor grado de dependencia.

Este trabajo realiza también una primera aproximación a los factores asociados a la probabilidad de ser dependiente, a través de la estimación de regresiones logísticas, ajustando los modelos por edad, sexo, ascendencia, ingresos, ocupación, nivel educativo, tipo de hogar, diagnóstico de enfermedades crónicas, y autopercepción de salud. Los resultados presentados en el trabajo Méndez (2019) muestran que todos los factores considerados resultan significativos y con los signos esperados.¹¹ Se destaca que las variables que aproximan el estado de salud son las que presentaron mayor relación con la probabilidad de ser dependiente.

En MIDES (2018) se presenta una comparación de los niveles de dependencia identificados a través de diferentes metodologías, aplicándolas en la primera ola de la ELPS. Se compara la identificación a partir de la adaptación del baremo (MIDES 2018) con la que surge de la encuesta de dependencia (Rossel 2014) y la utilizada por BPS (Pugliese y Sosa 2015). Hay un 58% de coincidencia en la identificación de la dependencia entre las tres metodologías (personas que son consideradas dependientes según las tres metodologías) y un 20% en el caso de la dependencia severa.

Al comparar la metodología de baremo con la aplicada a la Encuesta de Dependencia, se muestra que la primera clasifica casi el doble de población en situación de dependencia respecto a la segunda metodología, especialmente en las categorías leve y severa. Con respecto a la metodología utilizada en el informe de BPS de 2015, no se identificaron diferencias en la cantidad de personas dependientes, pero hay diferencias en la clasificación en niveles, coincidiendo la clasificación para 67% de los individuos. Los autores establecen que la mayor captación de dependencia severa con el baremo se explica porque no exige que haya sustitución máxima de la actividad para ser considerado severo, como sí lo exigen las otras dos clasificaciones.

El trabajo analiza también si las diferentes metodologías se ajustan a la clasificación arrojada por el baremo aplicado en las visitas domiciliarias en el marco del Programa de Asistentes Personales. Se aplican las diferentes metodologías a los registros administrativos de los postulantes al programa de Asistentes Personales, y se evalúa si las clasificaciones obtenidas son consistentes con los resultados de las valoraciones. Los resultados reportados en el informe indican que todas las metodologías

⁹ Esta misma metodología fue aplicada por Colacce y Manzi (2017) y Amarante et al (2019).

¹⁰ En el documento se presenta el peso de cada grupo etario y sexo en el total de dependientes, pero no se presenta la prevalencia de la dependencia para cada grupo.

¹¹ Esto puede estar asociado a la utilización de expansores para la estimación, lo que resulta en un total de observaciones por encima de los 2,7 millones para la estimación de los modelos. Esto reduce la varianza artificialmente y puede arrojar resultados significativos cuando no lo son.

subestiman la dependencia severa en comparación con la valoración realizada por el baremo para ingresar a dicho Programa. El 95% de las personas valoradas por el Programa son clasificadas como severas, pero la clasificación aplicada en Rossel (2014) indica un 56% y la adaptación del baremo un 79%. La cantidad de casos de dependencia moderada y leve, y sin dependencia es muy baja entre los postulantes al programa, por lo que, no resulta razonable comparar la clasificación entre las metodologías. Finalmente, los autores concluyen que la adaptación del baremo es la mejor forma de aproximarse a la clasificación de dependencia realizada por la valoración del baremo para ingresar al Programa.

Recientemente, MIDES y BPS (2020) identifica un crecimiento muy importante en la dependencia entre ambas olas de la ELPS, de 9 a 17% entre los mayores de 59 años (Cuadro 1), por lo que realizan un ejercicio de validación de los resultados. En primer lugar, se descarta que los cambios tengan origen en la atrición de la muestra o en la formulación de las preguntas. De todos modos, se señala que existen diferencias en la ejecución de la encuesta entre olas pero no sería razonable suponer que expliquen el incremento de 8 puntos porcentuales de la prevalencia de dependencia en el período de dos años. Por ello, se realiza un testeo de 12 casos de la encuesta a través de llamadas telefónicas para comprender cuál fue la trayectoria de los encuestados.

En el trabajo se concluye que las respuestas a este tipo de preguntas tienen una alta dosis de subjetividad, y que dependen fuertemente de si quien responde es la persona o su cuidador/a. En 5 de los 12 casos las transiciones hacia mayor o menor dependencia son validadas por los relatos. En la mayoría de estos casos (4) quien respondió a las dos olas y al testeo es la misma persona. Sin embargo, se indica también un peso importante de casos en los que la transición registrada en la ELPS no concuerda con lo relatado en el testeo (7 de los 12 casos). En 4 de estos casos la respuesta en alguna de las 3 instancias no fue del participante.

En suma, las estimaciones de la prevalencia de la dependencia para Uruguay no resultan consistentes, lo que puede estar explicado por diferentes metodologías, muestras y formas de relevamiento de la información. Resulta claro que la principal fuente de información es la ELPS y se ha aceptado que la adaptación del baremo de dependencia ofrecido en MIDES (2018) es la mejor estrategia para la identificación de la dependencia. Sin embargo, surgen dudas sobre la precisión de las respuestas de los participantes a la luz de las diferencias observadas entre ambas olas.

En este contexto, el siguiente capítulo analiza diferentes metodologías de estimación de dependencia, con especial foco en las transiciones entre las olas. En este sentido, implica una contribución a partir del trabajo de MIDES (2018) al incorporar nuevas alternativas de identificación de la dependencia basadas en la experiencia internacional y al analizar la relación entre estas alternativas y las transiciones.

5. Estimación de la prevalencia de la dependencia en base a ELPS y factores asociados

Aunque hay consenso en la literatura en la definición de la dependencia, aún no existe un avance en cuanto a la mejor forma para medirla a nivel poblacional ni clínico. Como se ha visto en las secciones anteriores, las diferentes aproximaciones pueden dar resultados dispares. En esta sección se describen y comparan tres alternativas para medir la dependencia utilizando información proveniente de las dos olas de la ELPS (2013 y 2015), basadas en la literatura nacional e internacional referida a la estimación de la prevalencia de la dependencia. El objetivo es comprender cómo se modifican las estimaciones de prevalencia con diferentes indicadores y buscar herramientas simples y comparables internacionalmente que permitan un seguimiento de la situación de dependencia en nuestro país. Además, se busca profundizar la observación realizada en MIDES y BPS (2020), sobre el crecimiento de estimación de la dependencia entre las dos olas de la ELPS, para comprender la evolución en detalle y evaluar la calidad de la información presentada.

En las siguientes subsecciones, se estima y analiza la prevalencia de la dependencia y las transiciones entre estados en los dos momentos del tiempo en que fue realizada la ELPS. Adicionalmente, se analiza la asociación de la dependencia con factores de riesgo que usualmente son considerados en la literatura sobre dependencia. En todos los casos en los que es posible, se comparan los resultados obtenidos con estimaciones realizadas para los países europeos y para Chile.

5.1 Fuente de datos. Encuesta Longitudinal de Protección Social (ELPS) y encuestas internacionales

El análisis realizado está fundamentalmente basado en la ELPS, que es una encuesta longitudinal realizada por el BPS en dos olas, la primera entre el 2012 y 2013 y la segunda entre el 2015 y 2016.¹² Es una encuesta nacional, que se extiende a los 19 departamentos incluyendo áreas urbanas y rurales. Es representativa de la población de 14 años y más (en la primera ola) que vive en hogares particulares. La primera ola tiene un total 18.428 casos y la segunda de 14.647, sin refrescar la muestra. El hecho de que sea una encuesta longitudinal permite evaluar la evolución de la dependencia en el tiempo, las transiciones entre la autonomía y dependencia y entre sus diferentes grados.

La ELPS indaga sobre las necesidades de ayuda para la realización de un conjunto de ABVD (comer, ir al baño, aseo personal, vestirse, y desplazarse dentro del hogar), AIVD (cambiar y mantener la posición, evitar riesgos de salud, desplazarse fuera del hogar, y realizar tareas domésticas) y AAVD (participar de la vida social y comunitaria, y comunicarse y tomar decisiones).¹³

Para cada actividad, se pregunta acerca de si la persona tiene dificultades para hacer actividades cotidianas, con qué frecuencia requiere ayuda para realizarlas y qué tipo de ayuda requiere. La selección de las actividades a incluir y las preguntas para cada una se basa en el baremo de dependencia de SNIC.

El módulo de la encuesta que indaga acerca de las AVD pregunta, en primer lugar: “¿Habitualmente usted tiene dificultad para realizar las siguientes actividades?”. Las respuestas posibles son “Si, siempre”, “Si, moderadamente” o “No”. Para las dos respuestas afirmativas, se indaga además sobre la necesidad de ayuda de otras personas para realizar las actividades preguntando: “¿Necesita ayuda de otras personas para realizar alguna de estas actividades?”. En este caso, las respuestas posibles refieren a la frecuencia con que necesita ayuda: “No requiere”, “Casi nunca”, “Algunas veces”, “Muchas veces” o “Siempre”. Por último, la tercera pregunta vinculada con la forma de medir dependencia refiere al tipo de ayuda que requiere la persona, en caso de haber contestado que requiere algo de ayuda. Las respuestas posibles al tipo de ayuda requerido son: “Supervisión, orientación verbal”, “Ayuda física Parcial”, “Otro lo hace por él (Sustitución máxima)”.

Cabe aclarar que todas estas preguntas son auto reportadas por la persona, salvo que no esté en condiciones de responder. En este caso, todo el cuestionario será respondido por su cuidador/a principal. Esta opción solo es posible en los casos en los que la persona declara tener alguna limitación.¹⁴

¹² El informe completo de la metodología de la Encuesta puede encontrarse en <https://www.elps.org.uy/26/documentos.html>.

¹³ La distinción entre básicas e instrumentales no está planteada en la encuesta sino en los análisis posteriores que se han realizado.

¹⁴ Un total de 418 cuestionarios son respondidos por el cuidador principal en la ola 1 y 416 en la ola 2. Esto representa un 2 y 3% del total de la muestra y un 18 y 26% del total de personas con limitaciones en la ola 1 y 2 respectivamente. Entre el total de mayores de 60 años que fueron encuestados en las dos olas, un 22,4% cambia la persona que responde a la encuesta entre olas.

En la primera ola solo se realizan estas preguntas a las personas de 60 años y más, y en la segunda se pregunta también a las personas que declaran tener alguna limitación. Debido a que la primera ola de la ELPS está dirigida a personas de 14 años y más, la segunda ola analiza dependencia para todas las personas de 16 años y más, que declaran tener limitaciones. Esto implica que en la primera ola solo se puede estimar dependencia en personas mayores y en la segunda se amplía el análisis a personas en situación de discapacidad o, al menos, que reportan alguna limitación funcional. Lo anterior implica también que el análisis longitudinal de prevalencia de la dependencia en Uruguay utilizando las dos olas de la ELPS, se puede realizar únicamente para las personas mayores. Para las personas en situación de discapacidad menores a 60 años, se presenta una caracterización basada únicamente en la segunda ola.

Para el análisis de dependencia se trabaja con dos grupos entre los mayores de 60. Por un lado, con el panel no balanceado en cada ola, tomando en cuenta a todas las personas que respondieron a la encuesta en cada ola. Es decir, el panel no balanceado no toma en cuenta la dimensión longitudinal de la encuesta, considerando cada ola como si fuera una encuesta independiente. Dentro de este grupo, hay personas para las que solo se cuenta con una medición de dependencia: quienes no se encontraron al realizar la segunda ola (995 personas mayores de 59 años),¹⁵ quienes no se encuestaron en la segunda ola por haber fallecido o pasar a residir en un hogar de larga estadía (721 personas)¹⁶ y quienes pasan a tener 60 años o más recién en la segunda ola (657 casos).

Por otro lado, se considera el panel balanceado compuesto por las personas que respondieron la encuesta en ambas olas y para las que se cuenta con información de dependencia en las dos instancias (4481 personas). Este grupo está compuesto exclusivamente por personas que tenían 60 años o más en la primera ola. La cantidad de personas y sus características demográficas básicas para cada grupo en cada ola se presentan en el Cuadro 2.

¹⁵ Se evalúa si existen sesgos en los datos perdidos entre olas. Para ello, se estima un modelo Probit para la probabilidad de que el caso no se haya encontrado en la segunda ola, tanto para la muestra completa como para las personas mayores de 60 años. Las variables consideradas son Montevideo, edad, sexo, y nivel educativo. En el Cuadro 10. Probabilidad de atrición. Efectos marginales. ELPS ola 1 (Anexo) se presentan los resultados, señalando que para la muestra completa la probabilidad de atrición es mayor en Montevideo, y disminuye con la edad y para las mujeres. En el caso de las personas mayores, el único factor que resulta significativo es el departamento.

¹⁶ En estos casos existe un cuestionario especial que no releva las AVD.

Cuadro 2 Cantidad de observaciones con información de necesidades de ayuda y estadísticas descriptivas por grupo. ELPS ola 1 y 2.

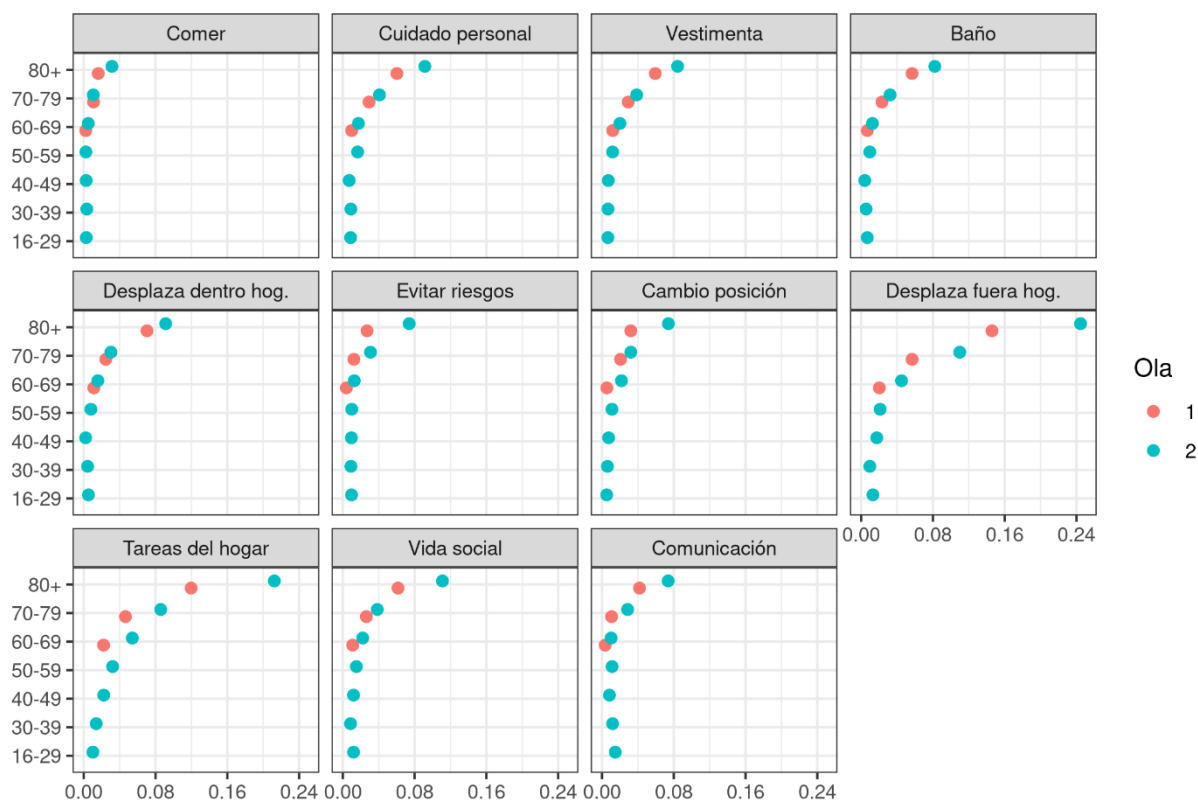
	% mujeres	% Montevideo	Edad promedio	Edad (desvío estándar)	N
Mayores de 60					
<u>No balanceado</u>					
Ola 1	58%	42%	71,6	8,4	6197
Ola 2	58%	42%	71,6	8,6	5138
<u>Balanceado</u>					
Ola 1	59%	40%	70,6	7,9	4481
Ola 2	60%	42%	73,7	7,8	4481
<u>Otros grupos</u>					
Fallecidos/HLE					
Ola 1	53%	41%	78,3	8,9	721
Perdidos					
Ola 1	60%	56%	71,7	8,5	995
Nuevos mayores de 60					
Ola 2	51%	41%	61,0	0,9	657
Menores de 60 con limitaciones					
Ola 2	52%	41%	41,8	1,2	506
Total ELPS					
Ola 1	52%	41%	43,6	19,6	18.428
Ola 2	52%	41%	45,0	19,0	13.833

Fuente: ELPS 2013 y 2015

Para las personas menores de 60 años, en la segunda ola de la ELPS se indaga sobre la necesidad de ayuda solamente a quienes declaran tener alguna limitación. Esto representa un total de 506 personas, de las cuales 220 estaban entre 50 y 59 años; 129 entre 40 y 49 años; 91 entre 30 y 39; y 66 entre 14 y 29. Debido a que no se aplicó este módulo en la primera ola, no se cuenta con información sobre dependencia en la línea de base y solo se puede hacer un análisis de sección cruzada para este tramo etario.

Considerando todas las personas con información disponible, se estimó la prevalencia de la necesidad de ayuda en cada actividad (Gráfico 1). La necesidad de ayuda aumenta con la edad en todas las actividades. Las de mayor prevalencia son “Desplazarse fuera del hogar” y “Realización de tareas domésticas” y son también las que presentan mayor variación entre olas para los de 60 años o más. La actividad de menor prevalencia es “Comer”. En términos generales las ABVD tienen una prevalencia menor que las AIVD, con la excepción de “Evitar Riesgos”, “Cambiar de posición”, y “Comunicación” que se ubican en cifras similares a las ABVD. Adicionalmente, en todas las actividades la prevalencia de la necesidad de ayuda aumenta en la segunda ola.

Gráfico 1. Prevalencia de la necesidad de ayuda en las actividades de la vida diaria por tramo de edad, según ola. ELPS. Personas de 16 años y más.¹⁷



Fuente: Elaboración propia en base a ELPS 2013 y 2015

Para la comparación internacional se utiliza la información proveniente de dos bases de datos: una correspondiente a países europeos y una de Chile.

Por un lado, se utiliza la Encuesta de Salud, Envejecimiento y Retiro en Europa (“Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe”, SHARE), una base de datos de panel multidisciplinar y transnacional que contiene información individual sobre salud, situación socioeconómica, y redes sociales y familiares de personas de 50 años o más y sus parejas corresidentes en hogares particulares. La encuesta cubre 27 países europeos e Israel de forma armonizada y cuenta con 7 olas realizadas entre 2004 y 2017 cada 2 años aproximadamente (Börsch-Supan et al., 2013). En este trabajo, se utiliza información de personas con 60 años o más al ingresar al estudio, que participaron en las olas realizadas en 2004/2005 (ola 1), 2006/2007 (ola 2) o 2015 (ola 6). Esto se debe fundamentalmente a que solo en ellas se indaga acerca de la necesidad de ayuda para realizar AVD. Además, para el análisis de transiciones de dependencia se consideran solamente las dos primeras olas y los países participantes en ellas: Alemania, Austria, Bélgica, Dinamarca, España, Francia, Grecia, Israel, Italia, Países Bajos, Suecia y Suiza.¹⁸

Por otro lado, la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) es la principal encuesta de hogares de Chile, representativa de toda la población del país. Se realiza cada 2 o 3 años y presenta información muy amplia sobre las condiciones de vida de la población. Desde el 2006 incluye preguntas sobre AVD y limitaciones y en las ediciones de 2015 y 2017 presenta preguntas

¹⁷ Tramos de edad refieren a la edad en cada ola

¹⁸ Para los análisis realizados de forma independiente para cada ola se incluyen otros países. En la ola 2 República Checa, Polonia e Irlanda y en la 6 Luxemburgo, Portugal, Eslovenia, Estonia y Croacia.

que permiten estimar dependencia en toda la población de 15 años y más. En 2017 la muestra fue de aproximadamente 216.000 personas y en 2015 fue de casi 267.000.

El Cuadro 3 presenta las preguntas incluidas en cada encuesta, que se utilizan en este trabajo para identificar dependencia. Se observa que existen diferencias en la formulación de las preguntas, así como en las AVD incluidas, lo que condiciona el alcance de la comparabilidad de los resultados. Esta implica una limitación relevante, pero difícilmente salvable. A su vez, estas diferencias constituyen un elemento que visibiliza la falta de acuerdo o consenso internacional sobre la estrategia de relevamiento y medición de la dependencia en encuestas poblacionales. Estudios armonizados, como SHARE, logran asegurar la comparabilidad de los resultados entre los países participantes del estudio.

Cuadro 3. Preguntas para identificar dependencia en ELPS, SHARE y CASEN

Encuesta	País	Año	Población	Preguntas para dependencia	Actividades Básicas de la Vida Diaria	Actividades Instrumentales de la Vida Diaria
ELPS	Uruguay	2013/2014	60 y más	¿Habitualmente tiene dificultad para realizar la actividad? ¿Necesita ayuda de otras personas para realizar la actividad?	Comer o beber, Ir al baño, Peinarse, cortarse las uñas, lavarse el pelo o los dientes, Vestirse, Desplazarse dentro del hogar	Evitar riesgos, Cambiar o mantener la posición, Desplazarse fuera del hogar, Realizar tareas domésticas, Participar en la vida social y comunitaria, Comunicarse y tomar decisiones.
		2016/2017	15 y más	¿Con qué frecuencia? ¿Qué tipo de ayuda?		
CASEN	Chile	2015 y 2017	15 y más	Considerando su estado de salud, ¿cuánta dificultad tiene para...? Para quienes responden que tienen algún nivel de dificultad: Y considerando solo su estado de salud, ¿con qué frecuencia recibe ayuda de otra persona para (actividad)?	Bañarse, Vestirse, Caminar, Comer, Usar el excusado, Acostarse y Levantarse de la Cama	Salir a la calle, Hacer compras o ir al médico, Realizar sus tareas del hogar, Hacer o recibir llamadas
SHARE	Países Europeos	2004/2005, 2006/2007 y 2015	50 y más y sus parejas	Debido a un problema físico, mental, emocional o de memoria, ¿tiene alguna dificultad para realizar estas actividades? No considere las que cree que va a poder realizar en tres meses o menos. ¿Recibe ayuda para realizarlas? (Una única pregunta genérica, para 20 AVD y otras actividades consultadas conjuntamente)	Bañarse, Vestirse, Caminar en una habitación, Comer, Usar el baño, Acostarse y Levantarse de la Cama	Usar un mapa para ubicarse en un lugar extraño, Preparar una comida caliente, Hacer las compras, Hacer llamadas telefónicas, Tomar medicamentos, Hacer tareas domésticas en la casa y jardín, Manejar dinero

Notas: Las actividades señaladas como “Básicas” son las que se incluyen en el indicador calculado para la estimación de la prevalencia en cada base. Las restantes se consideran “Instrumentales” pero pueden incluir actividades consideradas “Avanzadas”

Fuente: Elaboración propia

5.2 Indicadores de dependencia

La identificación de la dependencia requiere de la agregación de las necesidades de ayuda observadas en el Gráfico 1 en un único indicador. En este trabajo se consideraron 3 indicadores de dependencia:

- 1) Adaptación del baremo de dependencia utilizado por el SNIC para Uruguay propuesto por MIDES (2018) (baremo);
- 2) Indicador construido a partir de la frecuencia de necesidad de ayuda en 5 ABVD basado en la propuesta de Katz (1963) (AVD-K);
- 3) Indicador construido a partir de la frecuencia de necesidad de ayuda de las 11 AVD relevadas en la ELPS, incluyendo actividades básicas, instrumentales, y avanzadas (AVD-B).

El indicador propuesto por MIDES (2018) es una adaptación del baremo de dependencia a las preguntas relevadas en la ELPS. Se construye a partir de todas las AVD y permite clasificar a las personas dependientes en distintos grados de severidad (leve, moderada y severa).

El indicador asigna una puntuación relativamente continua a las personas en base a sus respuestas sobre necesidad, frecuencia y tipo de ayuda. El valor 0 corresponde a individuos sin dependencia y se obtiene en caso de que no se requiera ayuda en ninguna de las 11 AVD relevadas en la ELPS. El indicador resultará positivo para personas que declaren necesitar ayuda en alguna de estas actividades por parte de otra persona. Es decir, si la persona declara en alguna de las 11 AVD una frecuencia de ayuda distinta a “No requiere” la puntuación del baremo será positiva y, por tanto, la persona tendrá algún grado de dependencia.¹⁹ Por otro lado, el puntaje del indicador será menor si el tipo de ayuda que requiere es orientación verbal o ayuda física parcial, que si requiere sustitución total. Las diferentes necesidades de ayuda se ponderan en función de la edad de la persona. La puntuación incrementa a medida que aumenta el número de actividades en que una persona necesita ayuda, y a medida que el tipo de ayuda requerida se vuelva más complejo. Por el momento, solo se cuenta con el indicador para las personas de 60 años y más, dado que no se pudo acceder a la ponderación de las necesidades de ayuda para los menores de 60.

La separación en grados de dependencia se realiza en base umbrales del puntaje total que, tal como fue mencionado previamente, surgen de una consultoría (MIDES, 2018). Estos umbrales son diferentes para quienes declaran tener “Limitaciones mentales que le dificultan el aprendizaje y aplicación de conocimiento” o “Limitaciones mentales que le dificultan el relacionamiento con los demás”. Así, se obtienen cuatro grupos de personas en función del puntaje obtenido en el baremo: “Sin dependencia”, “Dependientes leves”, “Dependientes moderados” y “Dependientes severos”. Esta alternativa es llamada ‘baremo’ en lo que resta de la sección.

El segundo indicador considerado busca asemejarse al índice de Katz (1963) e incorpora la necesidad de ayuda en 5 actividades básicas de la vida diaria relevadas en ELPS: comer, cuidado personal, vestirse, ir al baño, y desplazarse dentro del hogar. Las actividades seleccionadas se pueden identificar directamente a las propuestas por Katz (1963), excluyendo continencia dado que no es relevada en la ELPS. La única actividad que no tiene un correlato directo en la ELPS es la de transferencia (levantarse o acostarse en una cama o sentarse y levantarse de una silla), pero se identifican dos preguntas que se asocian a esta actividad: desplazarse dentro del hogar y mantener y cambiar de posición. Se selecciona la primera para integrar el indicador y luego se realizan análisis

¹⁹ La utilización de la pregunta de tipo de ayuda para el indicador Baremo genera algunas discrepancias con los restantes indicadores dado que presenta algunos valores faltantes (18 casos en la ola 1) que derivan en un valor faltante para este indicador pero que no son faltantes en los restantes indicadores que no la utilizan. Estas observaciones no se consideran en el indicador de baremo, pero sí en los restantes. Tampoco se utilizan para el análisis de la coincidencia entre los indicadores.

de robustez utilizando la otra alternativa. Se considera que una persona está en situación de dependencia si requiere de ayuda en al menos una de estas actividades “Algunas veces”, “Muchas veces” o “Siempre”.

La última estrategia de identificación de la dependencia (llamada AVD-B en esta sección) es igual a la anterior en el sentido que considera una persona dependiente si necesita ayuda con cierta frecuencia en al menos una actividad. Para tener mayor comparabilidad con la clasificación de dependencia realizada por el baremo utilizado por el SNIC, este indicador considera las 11 AVD relevadas en ELPS en ambas olas.

Para la comparación internacional se construyen indicadores que buscan asemejarse al AVD-K construido con la información de la ELPS. Esto se debe a que es el indicador más sencillo y puede ser más fácil alcanzar comparabilidad con encuestas que no fueron diseñadas de forma armonizada. Aún así, se mantienen diferencias importantes en la forma en que se recoge la información de cada encuesta por lo que los resultados no son estrictamente comparables (ver Cuadro 3).

En SHARE se considera que una persona es dependiente si declara tener dificultad en al menos una de las ABVD allí relevadas (Bañarse, Vestirse, Caminar en una habitación, Comer, Usar el baño, Acostarse y Levantarse de la Cama) y declara requerir ayuda para realizar las actividades consultadas.²⁰ Se debe tener en cuenta que la pregunta sobre necesidad de ayuda no refiere a cada una de las actividades relevadas, sino que se pregunta de forma genérica para todas las actividades en que se declaran dificultades. Algunos autores consideran por ello que no se puede identificar dependencia a partir de la información de SHARE (Rodríguez Sampayo et al 2011).

En el caso de CASEN para Chile, la persona es considerada dependiente si declara tener algún nivel de dificultad para realizar un conjunto de ABVD (Bañarse, Vestirse, Desplazarse dentro del hogar, Comer, Usar el excusado) y que recibe ayuda para realizarlas. Existen algunas diferencias entre este indicador y el AVD-K estimado para ELPS: en ELPS se indaga sobre “Ir al Baño” y sobre actividades de aseo personal, mientras que en CASEN se refiere a “Usar el excusado” y “Bañarse”.

5.3 Prevalencia de la dependencia

En primer lugar, se estima la prevalencia de la dependencia para las personas de 60 años y más en la primera y segunda ola de la ELPS utilizando las 3 aproximaciones descritas más arriba.

Como se observa en el Cuadro 4, la prevalencia resulta similar si se estima a partir de la adaptación del baremo o con el indicador AVD-B y es sensiblemente menor cuando se estima a partir del indicador AVD-K. Esta relación entre los indicadores se observa en todos los grupos analizados y se debe fundamentalmente a la cantidad de actividades seleccionadas para su construcción. Tanto el baremo como el AVD-B toman en cuenta la necesidad de ayuda en las actividades instrumentales de la vida diaria, mientras que el AVD-K solo considera las actividades básicas, que en general presentan menores niveles de necesidad de ayuda. A la vez, la diferencia reportada por los indicadores baremo y AVD-B surge de que este último considera la necesidad de ayuda frecuente (no se considera dependiente cuando la actividad requiere ayuda “Casi nunca”) y en baremo se considera dependiente a todas las personas que requieren de ayuda en alguna AVD, sin importar la frecuencia.

Un elemento importante a tomar en cuenta es la relación entre los cinco grupos considerados en el análisis. La dependencia en la primera ola es menor en el panel balanceado que en el no balanceado, mientras que lo opuesto sucede en la segunda ola. Esto se puede explicar por las diferencias en las características del panel no balanceado y el balanceado, en especial los fallecidos y los nuevos

²⁰ La necesidad de ayuda se indaga sobre el total de actividades relevadas en SHARE que son 10 vinculadas fundamentalmente con la movilidad y otras 13 que incluyen 6 AVD básicas y 7 instrumentales.

mayores de 60 años en la segunda ola. Se debe destacar que los casos perdidos entre olas presentan niveles de dependencia similar al promedio, por lo que su pérdida parecería no estar sesgando las estimaciones. Las personas que fallecen entre olas tienen un nivel de dependencia mucho mayor que el promedio, lo que eleva la prevalencia de la dependencia en la ola 1 cuando están presentes (panel no balanceado). Por el contrario, los nuevos mayores de 60 años presentes en la ola 2 presentan menores niveles de dependencia que el promedio de la ola 2, lo que presiona a la baja al promedio global.

Cuadro 4. Prevalencia de dependencia según 3 indicadores. 60 años y más.

	Panel no balanceado		Fallecidos/ HLE	No encontrado en ola 2	Nuevos	Panel balanceado	
	2013	2015	2013	2013	2015	2013	2015
Baremo	9,32	16,82	26,61	7,55	8,96	7,42	18,96
Leve	3,48	5,66	6,81	2,67	3,46	3,27	6,32
Moderada	3,36	6,96	10,88	2,70	4,41	2,47	7,65
Severa	2,48	4,20	8,91	2,19	1,08	1,71	5,01
AVD-K	5,01	6,86	15,87	4,67	2,74	3,68	7,90
AVD-B	8,44	14,99	24,92	6,83	8,25	6,64	16,87

Notas: Panel no balanceado: personas de 60 años o más en cada ola. Fallecidos o residencial: mayores de 59 en ola 1 que mueren o pasan a residir en hogar de larga estadía en ola 2. No encontrados en ola 2: casos de ola 1 que no son recuperados en ola 2. Nuevos: personas que tenían menos de 60 en ola 1 pero más de 60 en ola 2. Panel balanceado: son casos que en la primera ola tienen al menos 60 años y que fueron entrevistados otra vez en la encuesta de seguimiento.

Baremo: indicador de dependencia construido como adaptación del baremo de dependencia del SNIC; AVD-K: indicador de dependencia construido con AVD de Katz; AVD-B: indicador de dependencia construido con AVD del baremo.

Fuente: Elaboración propia en base a ELPS 2013 y 2015

El aumento de la dependencia de casi 8 puntos porcentuales destacado en MIDES y BPS (2020) queda de manifiesto en el Cuadro 4. Cabe destacar que todas las diferencias entre olas son significativas, en el anexo se presentan los intervalos de confianza para las estimaciones (Cuadro 11).

Al considerar los casos no balanceados, la prevalencia de la dependencia medida a través de la adaptación del baremo o del indicador AVD-B casi se duplica entre las olas de la ELPS, pasando de 9,3 a 16,8% con el baremo y de 8,4 a 14,9% con el AVD-B (Gráfico 2). Para estos mismos indicadores, al considerar a los mismos individuos (balanceados), la prevalencia más que se duplica en el período de dos años considerado: de 7,4 a 19,0% con baremo y de 6,6 a 16,9% con AVD-B. Sin embargo, la dependencia con el indicador AVD-K no tiene un aumento tan pronunciado en el período si se calcula con los no balanceados (pasa de 5,0 a 6,9%), aunque más que se duplica para lo balanceados (de 3,4 a 7,7%).

Como fue mencionado previamente, los resultados son muy similares y siempre menores, si el indicador de AVD-K se construye con la actividad mantener la posición en vez de desplazarse dentro del hogar. Los resultados de este ejercicio de sensibilidad se presentan en el anexo (Cuadro 12 y Cuadro 13).

En el caso del Baremo se puede desagregar la prevalencia de la dependencia por niveles y su distribución depende del grupo considerado. En el panel no balanceado, la dependencia leve y moderada tienen un peso similar en la ola 1 y el peso de la dependencia severa es menor. Además, el panel balanceado tiene un peso mayor de la dependencia leve. En la segunda ola, la distribución de

la dependencia por niveles es muy similar entre los dos grupos: un tercio de la dependencia es leve, 40% moderada y 25% severa. Se destaca el aumento de la dependencia entre olas principalmente en los niveles más altos de dependencia, tanto para los balanceados como para los no balanceados. Considerando el panel balanceado, la dependencia leve se duplica, mientras que la moderada y severa se triplican.

Las diferencias en la evolución de la dependencia entre indicadores parecen estar vinculadas a la pérdida de autonomía para la realización de AIVD, que solamente están incluidas en el indicador del baremo y en el AVD-B pero no en el AVD-K. En la literatura, las actividades instrumentales se identifican con aquellas que tienen un grado mayor de complejidad que las actividades básicas, se ha reportado se pierden primero en el proceso de envejecimiento y no condicionan la vida en forma independiente en la comunidad (Edjolo et al., 2016; Lawton & Brody, 1969).

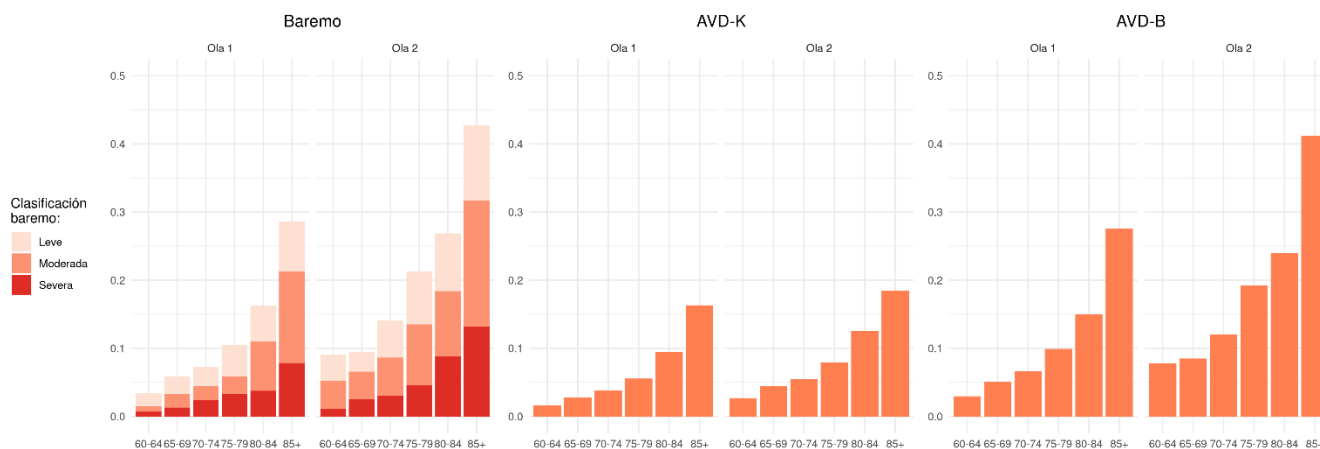
La prevalencia de dependencia aumenta con la edad de las personas mayores (Gráfico 2) en los tres indicadores y para las dos olas. La relación entre los tres indicadores se mantiene en cada tramo de edad y se observa un aumento de la dependencia para todos los tramos de edad considerados. Se observa un salto en la prevalencia de la dependencia a partir de los 80 años, aumentando aproximadamente 5 puntos porcentuales respecto al tramo de edad anterior (panel no balanceado primer panel del Gráfico 2).

Para el panel balanceado (segundo panel del Gráfico 2), los tramos de edad se construyen en base a la edad en la ola 1, de modo que se observa siempre a las mismas personas en cada tramo. Esto permite evaluar el aumento de la dependencia entre olas para cada tramo etario. Para todos los indicadores la variación de la dependencia entre olas es mayor con la edad. Es decir, no solo la prevalencia es mayor con la edad, sino que aumenta más rápidamente para personas de más edad. En el caso de los indicadores que toman en cuenta las actividades instrumentales, el aumento de la dependencia se ubica entre 4 y 7 puntos porcentuales para los menores de 70 en ola 1, entre 10 y 14 puntos para quienes tienen entre 70 y 79, de aproximadamente 19 puntos para quienes tenían entre 80 y 85 y de más de 28 puntos para los mayores de 85 años. Para el indicador basado en Katz, las variaciones son menores, pero también muestran una mayor velocidad a partir de los 75 años, alcanzando un aumento de 13 puntos porcentuales entre los mayores de 85 años. Estos resultados están en línea con el hecho de que el deterioro de aspectos funcionales de los adultos mayores varía a diferente ritmo a medida que la persona envejece. Los cambios en la dependencia no son lineales con el paso del tiempo, sino que aumenta el deterioro en edades más avanzadas (Dorantes-Mendoza et al., 2007; Millán-Calenti et al., 2010; Paredes Arturo, Yarce Pinzón, Aguirre Acevedo, 2018).

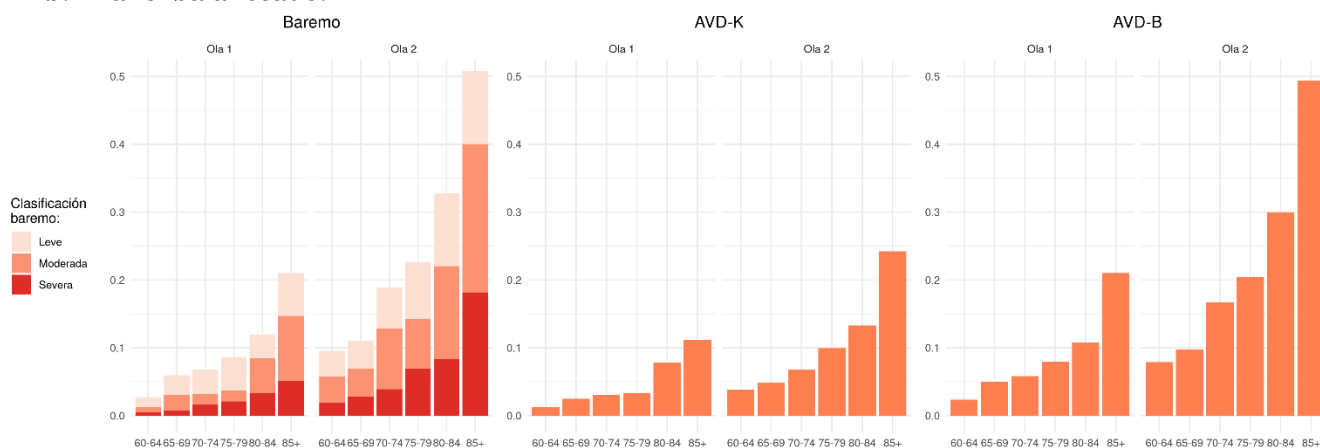
Como puede observarse en el caso del indicador del baremo, todos los niveles de dependencia aumentan con la edad, especialmente el severo. Además, todos los niveles son más altos para la ola 2 que para la 1. Por otro lado, se destaca que el indicador AVD-K presenta estimaciones aproximadas a de la dependencia severa estimada con el baremo, para todos los tramos de edad considerados.

Gráfico 2. Prevalencia de dependencia por tramo de edad según 3 indicadores. 60 años y más.

a. No balanceado.



b. Panel balanceado.



Notas: Panel no balanceado: personas de 60 años o más en cada ola. Panel balanceado: son casos que en la primera ola tienen al menos 60 años y que fueron entrevistados otra vez en la encuesta de seguimiento.

Baremo: indicador de dependencia construido como adaptación del baremo de dependencia del SNIC; AVD-K: indicador de dependencia construido con AVD de Katz; AVD-B: indicador de dependencia construido con AVD del baremo.

Los tramos de edad refieren a la edad de la persona en cada ola para el panel a, y a la edad de la persona en ola 1 en el panel b.

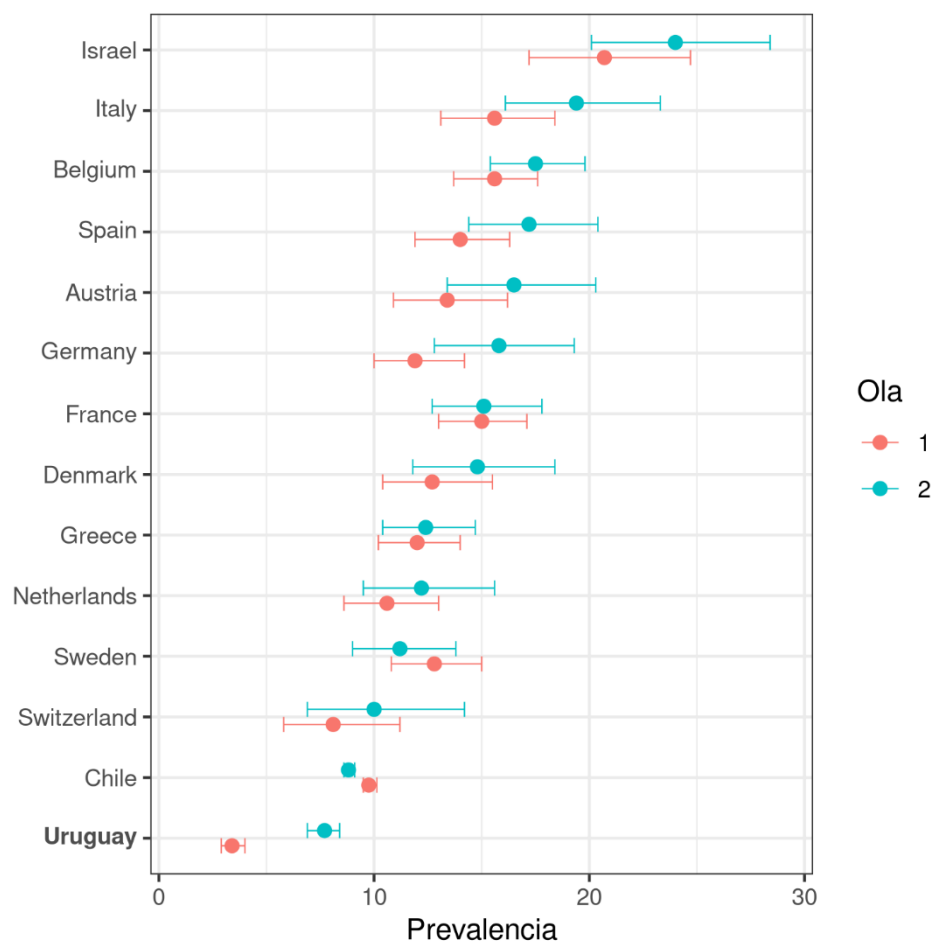
Fuente: Elaboración propia en base a ELPS 2013 y 2015

La estimación de la dependencia según la ELPS arroja resultados relativamente bajos en la comparación internacional, especialmente en la primera ola, ubicándose aproximadamente 5 puntos porcentuales por debajo de las estimaciones para los demás países (Gráfico 3). En la segunda ola los resultados son similares a los obtenidos en Chile y Suiza. De esta comparación podría sugerir que la prevalencia observada en la segunda ola de la ELPS se ajusta más razonablemente al lugar que se espera que Uruguay tenga en términos de desarrollo relativo y que los resultados de la primera ola son excepcionalmente bajos. En cualquier caso, se debe recordar que la estimación de la dependencia con estas fuentes de datos no está armonizada, lo que puede explicar parte de las diferencias observadas.

Con la excepción de Suecia y de Chile, en todos los países analizados los resultados empeoran con el paso del tiempo, pero los movimientos son siempre menos pronunciados que en Uruguay. De hecho, salvo en Uruguay, en todos los casos los movimientos no son significativos en términos estadísticos. Esto podría estar parcialmente explicado por el reducido tamaño muestral en el caso de SHARE, por

las diferencias en la sensibilidad de la medida de dependencia de SHARE, CASEN y ELPS, en otras características del estudio (por ejemplo, CASEN no es un panel, las diferencias entre cohortes de SHARE versus ELPS y CASEN, entre otros que hacen a la armonización de los estudios para asegurar comparabilidad), o en diferencias en la supervisión y ejecución de las olas en el caso de las ELPS.

Gráfico 3. Prevalencia de dependencia en países seleccionados. 60 años y más. En porcentaje



Notas: El indicador para Uruguay es AVD-K. Tanto para Uruguay como para SHARE se utilizan las estimaciones del panel no balanceado. En el caso de Chile las estimaciones no refieren a diferentes olas de una encuesta panel si no que son dos encuestas independientes.

Fuente: Elaboración propia en base a ELPS 2013 y 2015, SHARE ola 1 y 2, y CASEN 2015 y 2017.

Por último, se estima la prevalencia de la dependencia para las personas menores de 60 años en base a la segunda ola de la ELPS. En términos estrictos, solo se puede estimar la prevalencia entre las personas que declaran tener alguna limitación, lo que puede considerarse como una aproximación a las personas con discapacidad pero con la asunción de que las personas menores de 60 años que no tienen limitaciones no son dependientes. Este supuesto puede no ser trivial: al restringir a la población de 60 a 64 años para quienes se cuenta con la información de dependencia para todas las personas, entre un 21 y un 13% de los dependientes no presentan limitaciones, según el tipo de medida de dependencia que se utilice. De este modo, la estimación de la dependencia que se presenta para menores de 60 años oficia como piso de la prevalencia en toda la población.

Se observa que la prevalencia de la dependencia es claramente menor que entre las personas mayores, siendo apenas del 2% para el indicador AVD-K y 6% para AVD-B en los distintos tramos

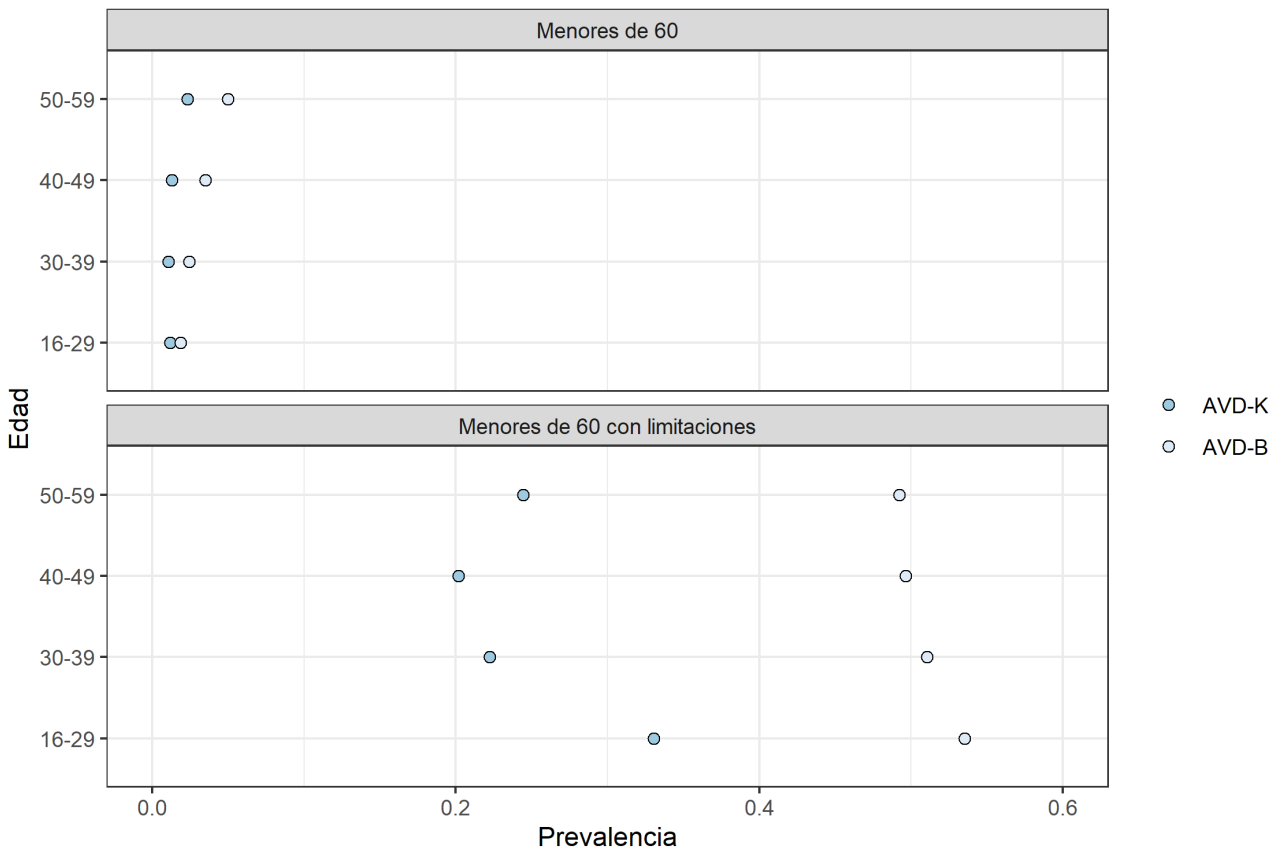
etarios.²¹ Sin embargo, al analizar exclusivamente a las personas con discapacidad, se observa una prevalencia mucho mayor, superando con creces los valores de las personas mayores, más de 20% para AVD-K y 50% para AVD-B. Esto indica que es poco probable que una persona menor de 60 años requiera de ayuda para realizar las tareas de la vida diaria, pero esta probabilidad es incluso mayor que la de las personas mayores de 60 si se tiene alguna limitación funcional.

La prevalencia medida a través de AVD-K es relativamente estable hasta los 50 años, donde presenta un salto de un punto porcentual. Sin embargo, en el indicador AVD-B la relación con la edad es estrictamente creciente, por lo que la distancia entre ambos indicadores crece con la edad. Esto indica que a medida que la edad aumenta las necesidades de ayuda aumentan principalmente en las actividades instrumentales, lo que también puede estar relacionado con procesos emancipatorios de adultos con discapacidad.

En el caso de las personas con discapacidad, la dependencia es mayor en el primer tramo de edad analizado, superando el 30% en AVD-K, y luego se ubica apenas por encima del 20% entre quienes tienen entre 30 y 49 años. En el caso de AVD-B la relación con la edad es la opuesta a la observada para el total de la población, con una dependencia que es decreciente. Esto indica que con la edad aumenta la prevalencia de la discapacidad, pero la necesidad de ayuda entre las personas con discapacidad es menor.

²¹ Al considerar el indicador AVD-K con la actividad “Mantener y cambiar de posición” en vez de “Desplazarse dentro del hogar” la prevalencia es similar, pero entre los menores de 60, es siempre mayor –a diferencia de los mayores de 60–. Los resultados se presentan en el Anexo (Cuadro 12, Cuadro 13).

**Gráfico 4. Prevalencia de dependencia por tramo de edad según 2 indicadores.
Personas de 16 a 59 años.**



Notas: AVD-K: indicador de dependencia construido con AVD de Katz; AVD-B: indicador de dependencia construido con AVD del baremo.

Fuente: Elaboración propia en base a ELPS 2013 y 2015

Los resultados para Chile, comparables con el indicador AVD-K, se presentan en el Gráfico 6. La relación entre la prevalencia para el total de la población y la prevalencia para las personas con discapacidad se mantiene. En términos generales, también se mantiene el perfil por edad para Uruguay y Chile. Aunque la prevalencia en el total de la población es similar en ambos países, la prevalencia para las personas con limitaciones es muy superior a la de Uruguay, superando en todos los tramos etarios el 40%.

5.4 Comparación de la clasificación con los 3 indicadores

A partir del análisis anterior, surge la interrogante de cómo clasifican a cada persona estos tres indicadores de dependencia en Uruguay, cuáles son las diferencias y con qué factores están vinculadas. Por tanto, se realiza una comparación de la clasificación del baremo con los otros dos indicadores AVD-K y AVD-B. Además, se considera el grado de dependencia que se obtiene a partir del baremo que es la única medida utilizada en este trabajo que permite separar la dependencia según niveles.

Como se muestra en el Cuadro 5, en la ola 1 la clasificación en la línea de base de la ELPS de las personas dependientes a partir del baremo y del indicador AVD-B es muy similar, mientras que las diferencias con AVD-K son mayores. Los resultados para ola 2 son muy similares y se presentan en el Anexo (Cuadro 15). La clasificación de las personas que no tienen dependencia es precisa para los

dos indicadores, casi todas las personas identificadas como no dependientes según baremo también lo son según AVD-B y AVD-K.

Se observa un grupo de 59 casos (11%) que son dependientes según el baremo y que quedan clasificados como no dependientes según el indicador de AVD-B. Al desagregar según la severidad de la dependencia se observa que este grupo de personas proviene mayoritariamente de lo que el baremo clasifica como dependencia leve (48 de quienes son clasificados de forma diferente presentan dependencia leve según el baremo). Por tanto, la clasificación con una u otra estrategia resulta ser muy similar, especialmente para la dependencia severa y moderada.

Sin embargo, las diferencias son mayores en el caso de AVD-K. Aproximadamente la mitad de las personas identificadas como dependientes por baremo coinciden en esta clasificación para el AVD-K (52%). Al desagregar por severidad de la dependencia se puede apreciar que estas diferencias provienen de las personas que tienen dependencia leve y moderada según baremo. De este modo, se observa que el indicador basado en las actividades básicas propuestas por Katz coincide con la categorización de dependencia severa según baremo (97% de quienes tienen dependencia severa también tienen dependencia según AVD-K). Esto resulta de interés ya que para la identificación de las personas que tienen dependencia severa únicamente se requeriría en una encuesta realizar las 5 o 6 preguntas respecto a las dificultades que tiene la persona para realizar estas actividades básicas y la frecuencia con que recibe ayuda para realizarlas. La coincidencia no es exacta, dado que el indicador AVD-K identifica más personas como dependientes que la dependencia severa del baremo.

Cuadro 5. Clasificación de la dependencia según baremo, AVD-K y AVD-B. 60 años y más. Panel no balanceado, ola 1.

Ola 1				
Baremo	AVD-K		Clasificación igual	Clasificación diferente
	No dependiente	Dependiente		
No dependiente	5631	0	100,0%	0,0%
Dependiente	262	286	52,2%	47,8%
Leve	173	35	16,8%	83,2%
Moderado	86	124	59,0%	41,0%
Severo	3	127	97,7%	2,3%
Total	5893	286		
Baremo	AVD-B		Clasificación igual	Clasificación diferente
	No dependiente	Dependiente		
No dependiente	5631	0	100,0%	0,0%
Dependiente	47	501	91,4%	8,6%
Leve	41	167	80,3%	19,7%
Moderado	5	205	97,6%	2,4%
Severo	1	129	99,2%	0,8%
Total	5678	501		

Notas: Baremo: indicador de dependencia construido como adaptación del baremo de dependencia del SNIC; AVD-K: indicador de dependencia construido con AVD de Katz; AVD-B: indicador de dependencia construido con AVD del baremo.

Fuente: Elaboración propia en base a ELPS 2013 y 2015

5.5 Transiciones de dependencia

En el caso de las personas de 60 años o más se cuenta con información sobre dependencia en ambas olas, lo que permite analizar las transiciones trabajando con el panel balanceado (4.481 casos). En primer lugar, se analizan las transiciones para los 3 indicadores (baremo, AVD-K y AVD-B), considerando únicamente los cambios entre dependencia y autonomía. Luego, se consideran las transiciones entre niveles de dependencia a través del indicador de baremo. Además del panel balanceado, se considera la situación de las 721 personas que fallecieron o pasan a residir en un hogar de larga estadía dado que se puede considerar la muerte como un estado en el análisis de transiciones.²²

El Cuadro 6 muestra las transiciones entre los estados de dependencia y el fallecimiento según los tres indicadores considerados. La estructura de las transiciones es muy similar entre los tres indicadores. Aproximadamente un 12% de los no dependientes del 2013 había fallecido en 2015, cifra que es mucho mayor para quienes eran dependientes, entre 36 y 40% según el indicador considerado. La transición hacia la dependencia es de poco más del 10% para los indicadores de baremo y de AVD-B y del 5% para AVD-K. Entre los dependientes, la mayoría permanece en ese estado o muere, pero cabe destacar que entre un 20 y un 26% de quienes eran dependientes en ola 1 pasan a ser no dependientes en ola 2.

Para comprender con mayor claridad este fenómeno se estiman tres modelos Probit para la variable que identifica la mejora en la dependencia en cada uno de los indicadores. Las variables dependientes consideradas son el sexo, la edad y una variable que indica si la segunda ola fue respondida por otra persona. Los resultados se presentan en el Anexo (Cuadro 16) e indican que la probabilidad de dejar de ser dependiente entre la ola 1 y 2 aumenta entre 8 y 12% cuando la segunda ola la contesta una persona diferente. Esto sugiere que el elevado porcentaje de transiciones desde la dependencia a la autonomía pueden surgir de errores de medida en la percepción de la persona o de su cuidador respecto a la necesidad de ayuda para realizar las AVD. Por otro lado, cabe mencionar que las mujeres tienen una mayor probabilidad de mejorar que los varones.

Cuadro 6. Transición de dependencia según 3 indicadores. 60 años y más.

		2015			Cantidad de observaciones	
		No dependiente	Dependiente	Fallece/HLE		
2013	Baremo	No dependiente	76%	13%	12%	4703
		Dependiente	21%	43%	36%	473
	AVD-K	No dependiente	82%	5%	13%	4938
		Dependiente	26%	33%	41%	246
	AVD-B	No dependiente	77%	11%	12%	4738
		Dependiente	21%	42%	37%	425

Notas: Baremo: indicador de dependencia construido como adaptación del baremo de dependencia del SNIC; AVD-K: indicador de dependencia construido con AVD de Katz; AVD-B: indicador de dependencia construido con AVD del baremo. HLE: Hogar de larga estadía.

Fuente: Elaboración propia en base a ELPS 2013 y 2015.

El Cuadro 7 muestra las transiciones entre los niveles de dependencia utilizando solo el baremo, dado que permite considerar los niveles de dependencia. Nuevamente se considera el panel balanceado (presentes en las dos olas) y a quienes son encontrados en la segunda ola, pero habían

²² Hay 11 casos para los que no se pudo construir el baremo en línea de base por no contar con información válida que no son considerados en el análisis.

fallecido o residían en un Hogar de Larga Estadía. Al analizar al total de la muestra se observa que la gran mayoría no cambia de situación: un 82% de las personas que están en las dos olas y un 71% de quienes están en la primera ola y son encontrados en la segunda (considerando a los fallecidos) no cambian su condición ni nivel de dependencia. Tan solo un 3% del total de la muestra mejora y un 13 y 15% empeora, dependiendo de qué selección se haga.

Sin embargo, al tomar en cuenta solo a quienes eran dependientes en ola 1, se observan transiciones más importantes. Tan solo un 31% de los que son encuestados en ambas olas no modifican su situación, un 29% empeora y un 40% mejora. La mayor parte de estas transiciones (49% de quienes mejoran) son de personas que tenían dependencia leve y que pasan a ser no dependientes. Esto puede deberse a los problemas de errores de medida antes mencionados, pero además a procesos de adaptación a ciertas necesidades de ayuda que pueden cesar con el paso del tiempo o la presencia de ayudas, prestaciones y servicios que compensen colaboran y mejoran la situación de la persona. En el proceso de validación de la ELPS realizado por MIDES y BPS (2020) se observaron este tipo de situaciones. Parte de este problema se debe a no considerar la transición a la muerte o HLE. Al considerar a este grupo, la proporción que mejora es de 26%, solo un 20% no cambia y un 55% empeora (34.3% muere, 2.2% pasa a HLE y un 18.4% empeora su condición o nivel de dependencia). Cabe aclarar que solo un 9% del total de los dependientes de ola 1 (considerando fallecido) mejora en más de un nivel. Esta cifra es de 13% si solo consideráramos a quienes sobreviven en ola 2.

Cuadro 7. Transición de dependencia según adaptación del baremo, considerando niveles de dependencia. 60 años y más.

	Panel balanceado		Panel balanceado + fallecidos	
	Total	Dependientes en ola 1	Total	Dependientes en ola 1
No cambia	81,8	30,9	71,0	19,6
Mejora	2,8	40,1	2,5	25,5
Empeora	15,3	29,0	13,3	18,4
Fallece/HLE			13,3	36,6
Total (muestra)	4459	304	5180	473

Fuente: Elaboración propia en base a ELPS 2013 y 2015

Las transiciones observadas para Uruguay son relativamente similares a las observadas para los países europeos de SHARE. El Cuadro 8 presenta la transición entre dependencia y no dependencia en olas 1 y 2 de SHARE, tomando todos los países de forma conjunta. Es importante tomar en cuenta que el tiempo transcurrido entre las primeras dos olas de SHARE es similar que el transcurrido entre las dos olas de ELPS, aproximadamente dos años. Sin embargo, cabe destacar que los efectos de cohorte pueden estar afectando los resultados ya que las transiciones para países europeos se realizan entre 2004 y 2006 mientras que para Uruguay son entre 2013 y 2015, una década después.

Como en las secciones previas, la comparación con Uruguay se hace con el indicador AVD-K, por lo que se replican en el Cuadro 8 los resultados para ese indicador ya presentados en el Cuadro 6. La diferencia más importante entre los resultados de Uruguay y los de los países europeos radica en una proporción significativamente más alta de personas que fallecen o pasan a residir en Hogares de Larga Estadía en Uruguay. Esta diferencia se observa tanto para las personas que en la ola 1 eran dependientes como para las que no lo eran.

Cuadro 8. Transición de dependencia en SHARE. 60 años y más.

		Ola 2			
		No dependiente	Dependiente	Fallece/HLE	
Ola 1	Países	No dependiente	90%	6%	4%
	Europeos	Dependiente	26%	55%	19%
	Uruguay	No dependiente	82%	5%	13%
		Dependiente	26%	33%	41%

Fuente: Elaboración propia en base a SHARE olas 1 y 2 y ELPS olas 1 y 2.

5.6 Factores asociados a dependencia

Para caracterizar en mayor detalle la situación de dependencia, se analizan los factores asociados, es decir, aquellas dimensiones que puedan promover o limitar la dependencia.

Se pueden clasificar los factores asociados a la dependencia en los vinculados a aspectos sociodemográficos y económicos, por un lado, y a la condición de salud por otro. En el grupo de aspectos sociodemográficos y económicos, la edad se establece como el factor de riesgo más significativo para la aparición y severización de la dependencia (Dorantes-Mendoza et al., 2007; Millán-Calenti et al., 2010; Paredes Arturo et al., 2018). Además, se ha reportado que las personas casadas tienen menos tasas de dependencia que las personas solteras (Millán-Calenti et al., 2010). En relación al género y las AVD, las mujeres aparecen como más dependientes que los hombres en todas las edades independientemente del nivel educativo y las condiciones de salud (comorbilidad) (Millán-Calenti et al., 2010; Millán-Calenti et al., 2012; Alcañiz et al., 2015; Paredes Arturo et al., 2018). La situación socioeconómica suele asociarse a través de una relación indirecta y muy significativa con la probabilidad de ser dependiente, sin importar el tramo de la trayectoria de vida de la persona analizado (infancia, adolescencia, adultez y vejez). Si se considera la niñez, estudios previos han reportado que haber tenido pocas dificultades socioeconómicas antes de los 10 años reduce la probabilidad de presentar dependencia para realizar AIVD (Dorantes-Mendoza et al., 2007). La incorporación de hábitos saludables y preventivos, acompañados por un nivel de ingresos que permite acceder a consultas y tratamientos médicos, son otros factores socioeconómicos asociados con la aparición y/o severidad de la situación de dependencia (Paredes Arturo et al., 2018). Por su parte, Silva et al (2015) reportaron la existencia de más limitaciones y necesidad de ayuda en personas con dependencia, para aquellos con menor nivel educativo.

Si bien es escasa la literatura previa que vincula el tiempo de vida laboralmente activo con la dependencia funcional, algunos trabajos han reportado que la cantidad de años que una persona trabajó se vincula con la necesidad de ayuda para realizar las AIVD. Además, asocian la realización de tareas más sedentarias (trabajo en oficinas, por ejemplo) con menor riesgo de tener dependencia en las ABVD en edades posteriores, comparado con quienes realizaron trabajos físicos (por ejemplo, agropecuarios) durante su vida laboral activa (Dorantes-Mendoza et al., 2007).

En el segundo grupo de factores, se encuentran los vinculados a la condición de salud (atención y estado de la misma); por ejemplo, la dependencia se correlaciona con la cantidad de días hospitalizados/as y de consultas realizadas en un centro de salud (Millán-Calenti et al., 2010; Alcañiz, et al., 2015). También es evidente la relación con las enfermedades crónicas no transmisibles (por ejemplo, Parkinson, insuficiencia cardíaca, accidentes cerebro vasculares, demencia, ictus, cáncer y anemia), es decir, la comorbilidad (Dorantes-Mendoza et al., 2007; Millán-Calenti et al., 2010; Millán-Calenti et al., 2012; Paredes Arturo, Yarcé Pinzón, Aguirre Acevedo, 2018).

Si se analizan las funciones que pueden verse afectadas por las condiciones de salud anteriormente mencionadas, una de las que resalta es la limitación cognitiva que impacta en la posibilidad de

realizar las ABVD y/o AIVD, ya sea por pérdida de funcionalidad o dificultad para desempeñarla (Millán-Calenti et al., 2012). Si bien es necesario aclarar que pueden presentarse situaciones de dependencia sin presencia de deterioro cognitivo, cuando éste aparece suele afectar generalmente la realización de AIVD y luego, en estadios más severos de la dependencia, la realización de ABVD. Algunos autores hablan de jerarquía en el proceso de instalación de la dependencia al afectarse primero las AIVD y luego las ABVD (Edjolo et al., 2016; Millán-Calenti et al., 2012).

Por su parte, la sensación de dolor es uno de los principales motivos de consultas médicas y de repercusiones en las AVD y la participación en sociedad, y se ha mostrado una asociación significativa con la necesidad de ayuda para las ABVD como para las AIVD. Un dolor es persistente, puede conllevar restricción de actividad física, miedo angustia y aparición y/o mayor severidad de la dependencia en la vida de la persona de forma creciente y progresiva, tal que (Dorantes-Mendoza et al., 2007).

Dentro de la función sensorial, se ha reportado que el deterioro de la visión tiene impactos significativos en lo emocional (por ejemplo, tristeza, aislamiento, baja autoestima, deterioro cognitivo, miedo a caídas) y en la realización de AIVD pero de las ABVD. Además, una asociación similar se reporta para las personas que presentan amputación de algún miembro (Dorantes-Mendoza et al., 2007).

Los síntomas de depresión son frecuentes en las personas en situación de dependencia.²³ La depresión es una condición de salud que puede impactar sobre la planificación y ejecución de las AVD ya que requieren de un tiempo determinado para poder desempeñarse (motivación, apatía, aislamiento social, menor actividad física). Esta realidad se vuelve de mayor riesgo si se consideran las dimensiones de cronicidad del diagnóstico (Paredes Arturo et al, 2018). La depresión puede tener mayor impacto que otras condiciones de salud crónicas sobre la capacidad de realizar AVD, pero, a diferencia de otras, sus efectos pueden ser controlables y modificables logrando evitar o retrasar la situación de dependencia (Dorantes-Mendoza et al., 2007).

En el contexto de estos factores sociodemográficos, económicos y de salud que la literatura ha reportado asociados con mayor riesgo de dependencia, en este trabajo se sigue una estrategia multidimensional, considerando en simultáneo un conjunto de factores seleccionados a partir de la información disponible en las bases de datos utilizadas. Se estimaron modelos de regresión logística en ambas olas de la ELPS para cada una de las medidas de dependencia utilizadas (baremo, AVD-K y AVD-B). Solo se consideran las personas de 60 años y más, debido al bajo número de casos entre los menores de 60 años.

La variable dependiente es dicotómica, con valor 1 para quienes están en situación de dependencia (según cada medida) y valor 0 para quienes no. Los modelos se ajustan según edad, sexo, nivel educativo y el estado de salud de la persona, aproximado este último a través de la cantidad de condiciones crónicas que la persona declara tener diagnosticadas.²⁴

Cabe destacar que la metodología empleada no presenta ajustes por selección en las características observables o inobservables de la muestra en la línea de base. Esto implica que los coeficientes no pueden interpretarse como efectos causales, sino que deben interpretarse como asociaciones de los diferentes factores con la probabilidad de ser dependiente. Por citar algún ejemplo, la variable dicotómica que identifica el sexo, no identificará el efecto causal de ser mujer sobre la probabilidad de ser dependiente en la línea de base sino su asociación, lo que puede recoger el efecto de otras características asociadas con el hecho de ser mujer como mayor edad en la línea de base o

²³ Debe tomarse en cuenta que estos síntomas son generalmente sobrerregistrados ya que los cuestionarios sobre la realización de AVD refuerzan las emociones vinculadas a la imposibilidad de hacerlas (Millán-Calenti et al., 2012).

²⁴ Las condiciones relevadas en la ELPS son: asma, enfisema, artrosis/artritis, tendinitis, reuma, hipertensión, diabetes, osteoporosis, insuficiencia renal, problemas cardíacos, problemas de columna, anemia crónica, cáncer, HIV/SIDA.

comorbilidad. El hecho que las mujeres viven por más tiempo que los varones y en peores condiciones de salud se conoce como la ‘male-femal health paradox’ (Austad, 2006; Bora & Saikia, 2015; Cameron et al., 2010). Así, las mujeres pueden tener mayor probabilidad de ser dependientes por vivir más años y con peores condiciones de salud y no por el hecho de ser mujer simplemente. Algo similar ocurre con la interpretación de las variables de tramos de edad, ya que no pueden interpretarse como el efecto (causal) del paso del tiempo, sino que pueden representar el efecto conjunto del paso del tiempo, con ser de diferentes cohortes y tener otras características como mayor comorbilidad y/o ser mujer. En caso de querer identificar efectos causales podría seguirse una estrategia de emparejamiento de la muestra en base a características observables u inobservables. El emparejamiento por *propensity score* podría corregir el sesgo, en caso de que la selección de la muestra sea únicamente en características observables (Rosebaum y Rubin, 1983) lo que pocas veces resulta ser el caso. Por tanto, si la selección responde además a características inobservables, una estrategia de estimación como la propuesta por Heckman (1979) arrojaría estimaciones causales. Sin embargo, esta estrategia requiere la identificación de restricciones de exclusión, lo que no resulta una tarea sencilla. Además, el objetivo de este tipo de estimación escapa a los de este trabajo y, si bien se explicitan estas dos posibilidades metodológicas, las mismas se dejan para realizar en futuros trabajos cuyo objetivo sea identificar efectos causales de los diferentes factores considerados sobre la probabilidad de ser dependiente.

Los resultados presentados en el Cuadro 9 están en línea con lo esperado: la probabilidad de dependencia aumenta para los tramos de mayor edad, cae para un nivel educativo más alto, es mayor para las mujeres, y se asocia positivamente con mayor número de condiciones crónicas. Tener más de 85 años o declarar tener el diagnóstico de más de dos condiciones crónicas, son las características cuya asociación con la condición de dependencia en un momento determinado son mayores en magnitud.

La edad aparece como el factor asociado a un mayor riesgo de dependencia.²⁵ Sin embargo, las diferencias entre los tramos de edad considerados no se mantienen consistentes entre olas. En particular, el tramo de 70-74 años presenta un riesgo significativamente mayor que los de 60-69 años solamente en la ola 2. Se observa que tener una sola condición crónica no resulta significativo en la segunda ola.

La significación y signo de los coeficientes correspondientes a los factores asociados no cambian para los tres indicadores utilizados y son similares entre olas. Sin embargo, se observan algunas diferencias en la magnitud. En términos generales, los resultados muestran que la relación de la dependencia con la edad es más fuerte para AVD-K que para los restantes indicadores (con la excepción de más de 85 en la segunda ola) y la relación es más leve para la cantidad de condiciones crónicas.

²⁵ El resultado del test F de la significación conjunta de la edad es significativo.

Cuadro 9. Odds-ratio para la probabilidad de ser dependiente. ELPS ola 1 y 2, personas mayores de 60 años, 3 indicadores

	2013			2015		
	Baremo	AVD-K	AVD-B	Baremo	AVD-K	AVD-B
Edad						
(Omitida: 60 a 69)						
70 a 74	1.16 (0.18)	1.43* (0.31)	1.27 (0.20)	1.27** (0.15)	1.40* (0.26)	1.31** (0.17)
75 a 79	1.87*** (0.27)	2.50*** (0.51)	2.04*** (0.31)	1.94*** (0.23)	2.02*** (0.36)	2.10*** (0.26)
80 a 84	2.85*** (0.40)	3.61*** (0.71)	3.01*** (0.45)	2.77*** (0.34)	3.01*** (0.53)	2.84*** (0.37)
85 y más	5.62*** (0.81)	6.55*** (1.28)	6.00*** (0.91)	5.37*** (0.66)	4.68*** (0.82)	6.18*** (0.80)
Sexo						
Mujer	1.49*** (0.16)	1.29* (0.18)	1.42*** (0.16)	1.55*** (0.14)	1.30** (0.17)	1.70*** (0.16)
Educación						
(Omitida: Hasta primaria completa)						
Secundaria	0.79** (0.09)	0.70** (0.11)	0.77** (0.10)	0.79*** (0.07)	0.87 (0.12)	0.84* (0.08)
Terciaria	0.60*** (0.11)	0.48*** (0.13)	0.58*** (0.11)	0.51*** (0.07)	0.43*** (0.10)	0.52*** (0.08)
Condiciones crónicas						
(Omitida: Ninguna condición crónica)						
Una	1.47** (0.24)	1.06 (0.23)	1.48** (0.26)	1.11 (0.13)	0.99 (0.18)	1.05 (0.13)
Dos	2.12*** (0.36)	1.48* (0.32)	2.24*** (0.40)	1.78*** (0.22)	1.81*** (0.33)	1.65*** (0.22)
Más de dos	5.37*** (0.77)	3.61*** (0.64)	5.71*** (0.87)	3.08*** (0.34)	2.78*** (0.44)	3.01*** (0.34)
N	6154	6151	6144	5111	5107	5092
Promedio de variable dependiente (prevalencia de dependencia)	0.09	0.05	0.08	0.17	0.07	0.15

Notas: Odds-ratio para la probabilidad de ser dependiente según Baremo, AVD-K y AVD-B. Errores estándar entre paréntesis.

*** p<0.01 ** p<0.05 * p<0.10

Baremo: indicador de dependencia construido como adaptación del baremo de dependencia del SNIC; AVD-K: indicador de dependencia construido con AVD de Katz; AVD-B: indicador de dependencia construido con AVD del baremo.

Fuente: Elaboración propia en base a ELPS 2013 y 2015.

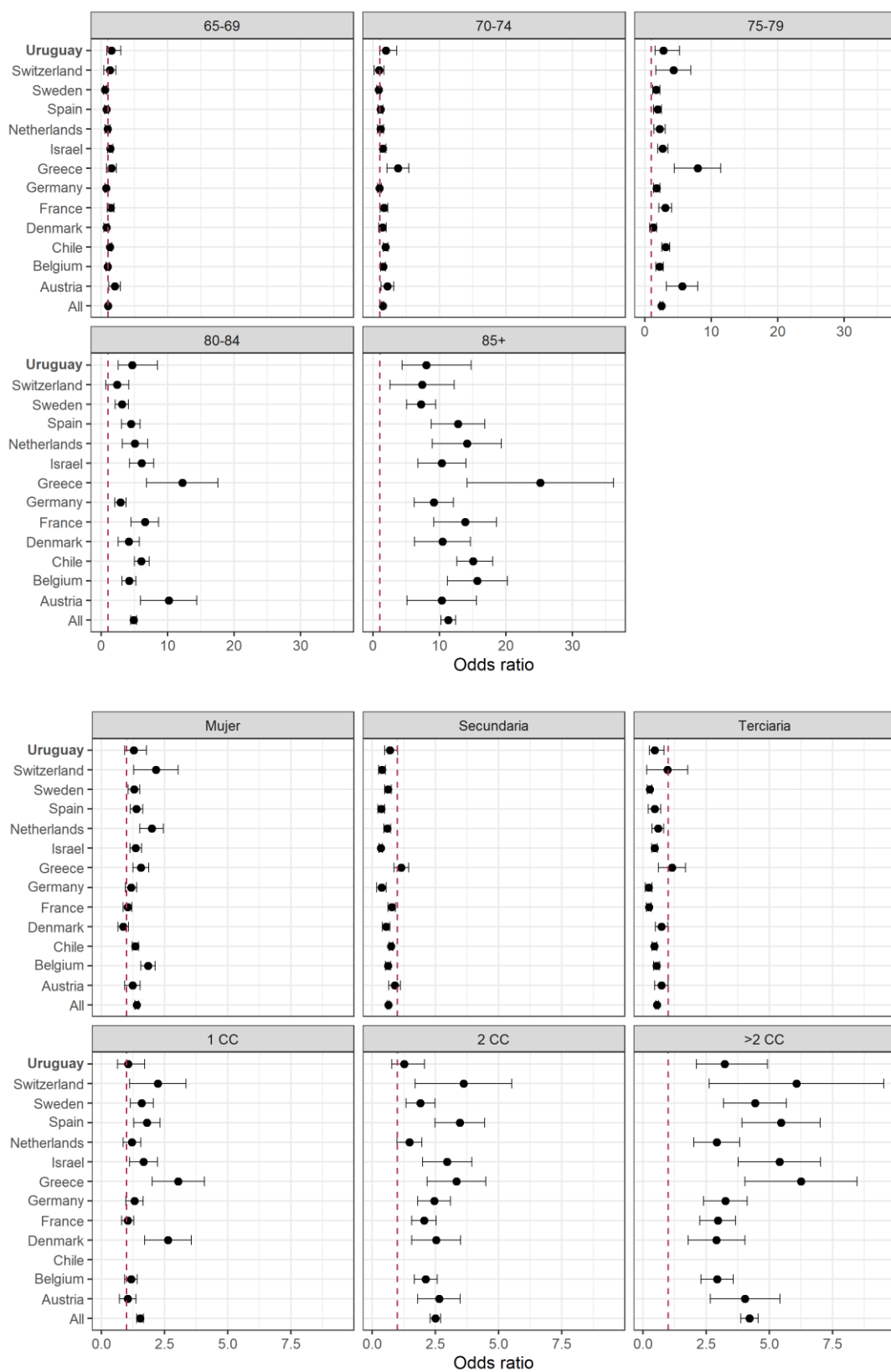
Se realiza el mismo ejercicio con los datos de SHARE y CASEN. Nuevamente, se debe recordar que la medición de dependencia utilizada no es la misma que la que se construye en la ELPS, por lo que el análisis es meramente exploratorio.²⁶ En el Gráfico 5 se presentan los odds-ratios para cada país.²⁷

En términos generales, los resultados para Chile con CASEN y los países europeos con SHARE resultan consistentes los obtenidos para Uruguay con la ELPS. En general, el tamaño muestral de la ELPS y de la CASEN aseguran estimaciones más precisas lo que arroja intervalos menos amplios y que los coeficientes alcancen la significatividad con menores niveles de significación que SHARE. La edad, en particular tener 85 años o más, es el factor más fuertemente asociado con mayor riesgo de dependencia y es significativo en todos los países. A partir de los 75 años este riesgo claramente aumenta, y lo hace cada vez más para los siguientes tramos etarios. Tener una condición crónica presenta inconsistencias entre países respecto a una mayor probabilidad de dependencia en relación con no tener ninguna condición crónica: en algunos países esta característica presenta un odds-ratio significativamente mayor que uno (i.e. Suiza, Suecia, España, Israel, Grecia, etc.) mientras que en otros este odds no es significativo (i.e. Uruguay, Países Bajos). Por tanto, en algunos países personas con una condición crónica tienen más probabilidad de ser dependientes respecto de las personas sin condiciones crónicas, mientras que en otros países estas diferencias no son significativas. Por su parte, tener dos o más condiciones crónicas resulta asociada con mayor riesgo de dependencia en la mayoría de los países analizados. Los resultados muestran inconsistencias respecto de la asociación de la dependencia con el sexo: en algunos países, el sexo no está asociado con un riesgo mayor de dependencia mientras que en otros sugiere una mayor dependencia para las mujeres. Finalmente, la educación presenta resultados no consistentes entre países respecto a la significación, pero en la gran mayoría tener un nivel superior a primaria se asocia con menor riesgo de dependencia.

²⁶ En el caso de Chile no se incluyen los resultados de las condiciones crónicas asociadas porque se pregunta solo por la más grave. Se incluye la variable para controlar los resultados de los restantes factores incluidos.

²⁷ Los resultados completos por país se presentan en el Anexo.

Gráfico 5. Odds-ratio para la probabilidad de ser dependiente. Países seleccionados.



Fuente: Elaboración propia en base a ELPS 2013, CASEN 2015 y SHARE ola 1 2004.

6 Validación de los resultados obtenidos para Uruguay y recomendaciones

La problemática de la medición de dependencia a través de encuestas poblacionales tiene dimensión internacional, dado que no existe un acuerdo sobre cómo operacionalizar o medir la dependencia para estimar su prevalencia: qué preguntas incluir, qué restricciones utilizar, sobre qué población realizar la estimación, entre otros aspectos que este trabajo ha mostrado pueden afectar sustancialmente las estimaciones obtenidas. Es por ello que las estimaciones disponibles en diversas encuestas no son estrictamente comparables y, además, que para un mismo país los resultados varíen fuertemente según los indicadores utilizados. Este trabajo muestra como aún en el contexto de indicadores ampliamente utilizados, como Katz et al (1963), la selección de las AVD utilizadas, la formulación de las preguntas, la calidad de la información recabada, etc. pueden inducir a la obtención de resultados muy variables y no comparables.

La prevalencia de la dependencia entre 2013 y 2015 en Uruguay oscila entre el 5 y 17% de las personas de 60 años y más, según el indicador que se utilice. Estas cifras se corresponden con las estimaciones de trabajos previos disponibles para esta misma población. Todos los indicadores muestran que la dependencia aumenta con la edad y que se torna especialmente prevalente entre las personas de 85 años y más. La prevalencia entre las personas menores de 60 años en 2015 es claramente menor que la observada para las personas mayores, ubicándose por debajo del 6% en todos los casos. Al restringir a las personas con discapacidad, identificándolas a través de que declaren tener limitaciones, la prevalencia de la dependencia es mayor al 20%, superando incluso la obtenida para los mayores de 60 años.

Los resultados presentados en este documento sugieren que la prevalencia de la dependencia estimada en la segunda ronda de la ELPS resulta similar a la estimada para otros países, teniendo en consideración las limitaciones ya mencionadas respecto de la armonización de los estudios. Sin embargo, la prevalencia observada en la primera ola resulta excepcionalmente baja. La evaluación que realizan los proveedores de los datos señala que se capacitó más exhaustivamente a los encuestadores para la aplicación del módulo de dependencia en la segunda ola, lo que podría explicar una prevalencia más ajustada en esa ronda.

De todos modos, en las dos olas la caracterización en términos de edad es similar a la observada en los restantes países analizados y los factores asociados tienen comportamientos ajustados a lo esperado en términos conceptuales y similares a lo observado en otros países. Más aún, el análisis de consistencia interno de las dos rondas de la ELPS presenta resultados coherentes: las personas que fallecen entre olas presentan una prevalencia mayor, y quienes ingresan en la ola 2 una prevalencia menor.

El aumento significativo de la prevalencia entre olas resulta llamativo y no se observa en ningún otro país. Ciertas características de la encuesta y del contexto pueden explicar estas diferencias entre olas: la capacitación de los encuestadores fue diferente; el conocimiento de la población de las necesidades de cuidado y del Sistema de Cuidados son diferentes debido a la puesta en marcha del sistema en el período; en la muestra original estaba sobrerrepresentada la población de 60 años y más, pero no es el caso para las personas que pasan a tener 60 años en la segunda ola.

Por su parte, algunas transiciones entre dependencia y autonomía entre olas de la ELPS pueden llamar la atención, en particular, una proporción importante de personas que mejoran su condición de dependencia y pasan de ser dependientes en la primera ola a no dependientes en la segunda. Sin embargo, estas transiciones también se observan para los países europeos. Además, hay una asociación clara entre una transición no esperada (cambio de situación) y el cambio en la persona que responde la encuesta: la probabilidad de dejar de ser dependiente entre la ola 1 y 2 aumenta entre un 8 y un 12% cuando la segunda ola la contesta una persona diferente. Esto sugiere que se debe prestar especial atención a quién responde la entrevista, si se realiza una nueva ola de la ELPS

o si se utilizan este tipo de indicadores en otras encuestas para analizar la dependencia de las personas.

Al comparar los resultados de los distintos indicadores estimados para ELPS, se observa que los problemas respecto a las transiciones no esperadas son más leves en el caso del indicador basado en las preguntas sugeridas por Katz et al (1963) en comparación con el indicador basado en el baremo de dependencia, que resulta ser el más utilizado en los trabajos empíricos nacionales. Los resultados de las estimaciones con la ELPS de prevalencia y transiciones entre ola, sugieren que el indicador basado en Katz es más robusto a los errores de medida que puedan surgir del auto-reporte y de quién responde la entrevista que el indicador basado en baremo y el que incluye todas las AVD preguntadas en ELPS. Además, para aproximar dependencia utilizando un indicador como el basado en Katz et al. (1963), se necesitaría incluir 5 o 6 preguntas sobre las dificultades en ABVD y la necesidad de ayuda asociada a éstas, resulta una medida más fácilmente comunicable y comparable a nivel internacional. Sin embargo, los resultados muestran que este indicador logra identificar las personas con dependencia severa y no con dependencia leve o moderada.

Por último, se sugiere recurrir a medidas básicas de dependencia para el seguimiento y comparación internacional de la prevalencia de la dependencia en la población, aunque estas medidas subestimen la dependencia leve y moderada. En caso de utilizar un indicador como el basado en Katz et al (1963), la economía en la cantidad de preguntas podría habilitar su inclusión en la Encuesta Continua de Hogares y en Censos, tal como se hace en Chile, aunque no tiene que ser con periodicidad anual. Por otro lado, se podrían realizar encuestas específicas, más pequeñas y aplicadas por personal calificado, para identificar las situaciones de dependencia moderada y leve con mayor precisión, aplicando una batería de indicadores que permita una mejor identificación de la dependencia a la vez que logre la comparabilidad con otros estudios. En cualquier caso, dada la relevancia que la dependencia tiene y tendrá en la población, parece central estudiar en detalle los instrumentos que se utilizan y utilizarán para evaluar la evolución de la prevalencia y proyectar el despliegue y sustentabilidad de políticas en el mediano y largo plazo.

Referencias bibliográficas

- Alcañiz, M., Brugulat, P., Guillén, M., Medina-Bustos, A., Mompert-Penina, A., Solé-Auró, A. (2015). Risk of dependence associated with health, social support, and lifestyle. *Revista de saude publica*, 49, 26. <https://doi.org/10.1590/s0034-8910.2015049005585>
- Agudelo Botero, M., Medina Campos, R. H. (2014) Dependencia de las personas Adultas Mayores en ENVEJECIMIENTO Y DEPENDENCIA: Realidades y Previsión para los próximos años. Méjico: Consejo Nacional de Ciencia y Teconología .
- Arenas, M. D., Álvarez-Ude, F., Angoso, M., Berdud, I., Antolín, A., Lacueva, J., ..., Soriano, A. (2006). Valoración del grado de dependencia funcional de los pacientes en hemodiálisis (HD): estudio multicéntrico. *Nefrología*, 26(5), 600-608.
- Austad, S. N. (2006). Why women live longer than men: Sex differences in longevity. *Gender Medicine. Official Journal of the Partnership for Gender-Specific Medicine at Columbia University*, 3(2), 79–92. [https://doi.org/10.1016/s1550-8579\(06\)80198-1](https://doi.org/10.1016/s1550-8579(06)80198-1)
- Banco de Previsión Social, BPS (2014). Normas para la valoración del grado de invalidez. Baremo. Revisión 2006. Disponible en https://www.bps.gub.uy/bps/file/98/1/1_introduccion.pdf
- Brehmer, B., Weber, G. (2010) Frailty vs. Disability Distinctions in People With Intellectual Disabilities. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities* 7(1):49–58.
- Boletín Oficial del Estado (2011) Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. España: <https://www.boe.es/eli/es/rd/2011/02/11/174/dof/spa/pdf>
- Bora, J. K., & Saikia, N. (2015). Gender Differentials in Self-Rated Health and Self-Reported Disability among Adults in India. *PLOS ONE*, 10(11), e0141953. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0141953>
- Börsch-Supan, A., M. Brandt, C. Hunkler, T. Kneip, J. Korbmacher, F. Malter, B. Schaan, S. Stuck, S. Zuber (2013). Data Resource Profile: The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). *International Journal of Epidemiology*. DOI: 10.1093/ije/dyto88
- Browne J, Fasce G, Pineda I, Villalobos P (2020) *Policy responses to COVID-19 in Long-Term Care facilities in Chile*. LTCcovid.org, International Long-Term Care Policy Network, CPEC-LSE, 24 July 2020.
- Cameron, K. A., Song, J., Manheim, L. M., & Dunlop, D. D. (2010). Gender Disparities in Health and Healthcare Use Among Older Adults. *Journal of Women's Health*, 19(9), 1643–1650. <https://doi.org/10.1089/jwh.2009.1701>
- Colombo, F., Llana-Nozal, A., Mercier, J., Tjadens, F. (2011). Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care. OECD Publishing.
- Crossley, T. F., Kennedy, S. (2002). The reliability of self-assessed health status. *Journal of Health Economics*, 21(4):643 – 658.
- Currie, J. and Madrian, B. C. (1999). Health, health insurance and the labor market. *Handbook of Labor Economics*, 3:3309–3416.
- Dorantes-Mendoza, G., Ávila-Funes, J.A., Mejía-Arango, S., Gutiérrez-Robledo, L.M. (2007) Factores asociados con la dependencia funcional en los adultos mayores: un análisis secundario del Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México, 2001. *Rev Panam Salud Publica*;22(1) 1-11,jul. 2007. Recuperado en: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892007000600001
- Edjolo, A., Proust-Lima, C., Delva, F., Dartigues, J., Pérès, K. (2016). Natural History of Dependency in the Elderly: A 24-Year Population-Based Study Using a Longitudinal Item Response Theory Model. *American Journal of Epidemiology*, 183(4), 277-285.

- Fried, L.P., Ferrucci, L., Darer, J., Williamson J.D., Anderson G. (2004) Untangling the Concepts of Disability, Frailty, and Comorbidity: Implications for Improved Targeting and Care. *The Journals of Gerontology: Series A* 59(3):M255–63. doi: [10.1093/gerona/59.3.M255](https://doi.org/10.1093/gerona/59.3.M255).
- Fuente-Bacelis, T. J. De la, Quevedo-Tejero, E.C., Jiménez-Sastré A, M. A. Zavala-González (2010) Funcionalidad para las actividades de la vida diaria en el adulto mayor de zonas rurales. *Archivos en Medicina Familiar* 12(1):1–4.
- Heckman, J. (1979). Sample Selection Bias as a Specification Error. *Econometrica*, 47(1), 153-161. doi:10.2307/1912352
- Harwood, R. H., Sayer, A. A., & Hirschfeld, M. (2004). Current and future worldwide prevalence of dependency, its relationship to total population, and dependency ratios. *Bulletin of the World Health Organization*.
- IMSERSO. (2004). Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro Blanco. España: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).
- Isaacs, B., Neville, Y. (1976). The needs of old people. The 'interval' as a method of measurement. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 30(2), 79-85. Katz S., Ford AB, Moskowitz RW et al.: Studies of illness in the age: The index of ADL, a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA* 1963; 185: 914-919.
- Lawton, M.P., Brody, E.M. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*, 9 (1969), pp. 179-186
- Marco Corredor, Cristina, Lucía Ruiz Giménez, Ana Moreno García, and M^a Carmen Pérez Ferrer (2013) “Test Delta: Nuestros Pacientes, Su Dependencia.” *Enfermería Nefrológica* 16:107–107. doi: [10.4321/S2254-28842013000500053](https://doi.org/10.4321/S2254-28842013000500053).
- Méndez, F. (2019) Análisis de la medición de dependencia en la Encuesta Longitudinal de Protección Social Caracterización de la dependencia en Uruguay. Montevideo: Secretaría Nacional de Cuidados.
- Millán-Calenti, J. C., Tubío, J., Pita-Fernández, S., González-Abraldes, I., Lorenzo, T., Fernández-Arruty, T., y Maseda, A. (2010). Prevalence of functional disability in activities of daily living (ADL), instrumental activities of daily living (IADL) and associated factors, as predictors of morbidity and mortality. *Archives of gerontology and geriatrics*, 50(3), 306–310. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2009.04.017>
- Millán-Calenti, J. C., Tubío, J., Pita-Fernández, S., Rochette, S., Lorenzo, T., & Maseda, A. (2012). Cognitive impairment as predictor of functional dependence in an elderly sample. *Archives of gerontology and geriatrics*, 54(1), 197–201. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2011.02.010>
- Ministerio de Desarrollo Social. 2017. CASEN 2015 – Adultos Mayores: Síntesis de Resultados.
- Ministerio de Desarrollo Social (2018). “Aproximación a la población dependiente mediante encuestas”. Uruguay: MIDES. Recuperado en: <https://www.gub.uy/sistema-cuidados/comunicacion/publicaciones/aproximacion-poblacion-dependiente-mediante-encuestas>
- Ministerio de Desarrollo Social (2018). Construcción de baremos para valoración de dependencia. Uruguay: MIDES. Recuperado en: <https://www.gub.uy/sistema-cuidados/sites/sistema-cuidados/files/documentos/publicaciones/construccion-de-baremos-para-valoracion-de-dependencia.pdf>
- Ministerios de Desarrollo Social, Banco de Previsión Social (2020) Análisis de la medición de dependencia en la Encuesta Longitudinal de Protección Social.
- Palacios, A. 2016. “La configuración de los sistemas de apoyo en el contexto de la accesibilidad universal y los ajustes razonables.” Madrid. Recuperado en <http://www.madridsinbarreras.org/wp-content/uploads/2016/06/Apoyos-en-el-marco-de-la-accesibilidad-y-los-ajustes.pdf>

- Paredes, M., Pérez Fernández, R. (2014). "Personas mayores en Uruguay: configuraciones familiares, participación social y detección de dependencia". En: Las personas mayores ante el cuidado. Aportes de Inmayores para la construcción de un Sistema Nacional de Cuidados. Sistema Nacional de Cuidados e Inmayores.
- Paredes Arturo YV, Yarce Pinzón E, Aguirre Acevedo DC. (2018) Funcionalidad y factores asociados en el adulto mayor de la ciudad San Juan de Pasto, Colombia. *Rev Cienc Salud*; 16(1), pp. 114-128. Doi: <http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.6494>
- Peñas-Felizzola, O. L. (2013) Referentes conceptuales para la comprensión de la discapacidad. *Rev. Fac. Med.*, 61(2), pp. 205-212.
- Pfeiffer, E. (1975) A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 23, pp. 433–41.
- Programa Nacional de Discapacidad PRONADIS (2013). Baremo Informe Marzo 2013. Montevideo: MIDES.
- Pugliese, L. y Sosa, S. (2015), "Adultos Mayores Dependientes", en Encuesta Longitudinal de Protección Social: Recopilación de Análisis y Estudios. Ronda 1, Tomo II. Banco de Previsión Social.
- Querejeta Gonzalez, M. A. (2009) Discapacidad/Dependencia. Unificación de criterios de valoración y clasificación. IMSERSO. España. Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0181.pdf>
- Rodríguez-Sampayo, A., Rodríguez-Míguez, E., y Álvarez-García, B. (2011). Distribución territorial de la dependencia en España y Europa. *Papeles de economía española*, 129, 27-47.
- Rossel, C. (2014), 'Encuesta de dependencia en el marco de las prestaciones previstas en la Ley 18651'. Informe de consultoría, MIDES.
- Rosenbaum PR, Rubin DB. (1983) The central role of the propensity score in observational studies for causal effects. *Biometrika*; 70:41-55
- Silva, C.; Orellana, P.; Marzuca-Nassr, G. (2015) "Functional Geriatric Assessment in Primary Health Care" *Revista Médica de Chile* 143:612–18. Recuperado en <https://www.researchgate.net/publication/282068638>
- Sistema de Cuidados (2018). Construcción de Baremos para Valoración de la Dependencia. Disponible en <http://sijas.mides.gub.uy/innovaportal/file/99818/1/construccion-de-baremos-para-valoracion-de-dependencia.pdf>.
- Servicio Nacional del Adulto Mayor (2010) Estudio Nacional de la Dependencia en la Personas Mayores. Santiago: SENAMA.
- Uruguay. Ley N° 19.353/2015, 4 de noviembre, Creación del Sistema Nacional Integrado de Cuidados. Montevideo.
- Villalobos Dintrans, P. (2019) Panorama de la dependencia en Chile: avances y desafíos. *Revista médica de Chile*, 147(1), 83-90.
- Washington Group on Disability Statistics (2020) An Introduction to the Washington Group on Disability Statistics Question Sets. Recuperado en: https://www.washingtongroup-disability.com/fileadmin/uploads/wg/Documents/An_Introduction_to_the_WG_Questions_Sets_2_June_2020_.pdf
- World Health Organization (2001) *International classification of functioning, disability and health*: ICF. Geneva: World Health Organization.

Anexo

Cuadro 10. Probabilidad de atrición. Efectos marginales. ELPS ola 1

	Población total	Mayores de 60
	b/se	b/se
Departamento == Montevideo	0.118***	0.080***
	(0.007)	(0.010)
Edad (años)	-0.002***	0.000
	(0.000)	(0.001)
Sexo == Mujer	-0.022**	0.005
	(0.007)	(0.010)
Educación (Omitida: Hasta primaria completa)		
Secundaria	-0.015	0.003
	(0.009)	(0.012)
Terciaria	-0.008	0.006
	(0.011)	(0.016)
ymean	0.202	0.147
ysd	0.401	0.354
p	0.000	0.000
N	18427	6196

Notas: Modelo Probit para la probabilidad de atrición (datos perdidos entre las dos olas de la ELPS). La variable dependiente toma valor 1 si el individuo se pierde entre la ola 1 y 2. La primera columna se considera a toda la muestra y en la segunda columna solamente a las personas mayores de 60 años.

Fuente: Elaboración propia en base a ELPS 2013

Cuadro 11. Prevalencia de dependencia según 3 indicadores. 60 años y más.

	Panel no balanceado	Fallecidos	Perdidos	Nuevos	Panel balanceado
Baremo					
<i>2013</i> <i>(total)</i>	9,3 (8,5; 10,2)	26,6 (22,8; 30,7)	7,6 (5,8; 9,8)		7,4 (6,5; 8,4)
Leve	3,5 (3,0; 4,0)	6,8 (4,9; 9,3)	2,7 (1,7; 4,1)		3,3 (2,7; 3,9)
Moderada	3,4 (2,9; 3,9)	10,9 (8,3; 14,1)	2,7 (1,8; 4,0)		2,5 (2,0; 3,1)
Severa	2,5 (2,0; 3,0)	8,9 (6,6; 11,9)	2,2 (1,2; 3,9)		1,7 (1,3; 2,3)
<i>2015</i> <i>(total)</i>	16,8 (15,6; 18,0)			9,0 (6,8; 11,6)	19,0 (17,6; 20,4)
Leve	5,7 (5,0; 6,4)			3,5 (2,2; 5,4)	6,3 (5,5; 7,2)
Moderada	7,0 (6,2; 7,8)			4,4 (3,0; 6,5)	7,6 (6,7; 8,6)
Severa	4,2 (3,6; 4,9)			1,1 (0,6; 2,1)	5,0 (4,3; 5,6)
AVD-K					
<i>2013</i>	5,0 (4,4; 5,7)	15,9 (12,8; 19,4)	4,7 (3,3; 6,6)		3,7 (3,1; 4,5)
<i>2015</i>	6,9 (6,1; 7,7)			2,7 (1,7; 4,3)	7,9 (7,0; 8,9)
AVD-K					
<i>2013</i>	8,4 (7,6; 9,2)	24,8 (21,1; 28,9)	6,8 (5,2; 8,9)		6,6 (5,7; 7,5)
<i>2015</i>	14,9 (13,8; 16,1)			8,0 (6,0; 10,5)	16,9 (15,6; 18,2)

Notas: Panel no balanceado: personas de 60 años o más en cada ola. Fallecidos o residencial: mayores de 59 en ola 1 que mueren o pasan a residir en hogar de larga estadía en ola 2. Perdidos: casos de ola 1 que no son recuperados en ola 2. Nuevos: personas que tenían menos de 60 en ola 1 pero más de 60 en ola 2. Panel balanceado: son casos que en la primera ola tienen al menos 60 años y que fueron entrevistados otra vez en la encuesta de seguimiento.

Baremo: indicador de dependencia construido como adaptación del baremo de dependencia del SNIC; AVD-K: indicador de dependencia construido con AVD de Katz; AVD-B: indicador de dependencia construido con AVD del baremo.

Intervalos de confianza entre paréntesis.

Fuente: Elaboración propia en base a ELPS 2013 y 2015

Cuadro 12. Sensibilidad de prevalencias de AVD-K al cambio de indicadores: “desplazamiento dentro del hogar” sustituido por “cambiar de posición”. Mayores de 60.

	MAYORES DE 60			
	dep2		dep2_alt	
	Ola 1	Ola 2	Ola 1	Ola 2
<u>Panel no balanceado</u>				
Prevalencia	5.02	6.86	4.52	6.77
ee	0.34	0.41	0.32	0.41
Intervalo de confianza	(4.40, 5.72)	(6.10, 7.72)	(3.93, 5.19)	(6.01, 7.61)
Población expandida	634750	654565	634750	654565
N	6197	5138	6197	5138
<u>Perdidos</u>				
Prevalencia	4.67		4.24	
ee	0.84		0.82	
Intervalo de confianza	(3.26, 6.63)		(2.89, 6.18)	
Población expandida	93348		93348	
N	995		995	
<u>Fallecidos</u>				
Prevalencia	15.87		13.72	
ee	1.67		1.56	
Intervalo de confianza	(12.85, 19.44)		(10.94, 17.08)	
Población expandida	71609		71609	
N	721		721	
<u>Nuevos mayores de 60</u>				
Prevalencia		2.74		2.87
ee		0.63		0.65
Intervalo de confianza		(1.74, 4.28)		(1.83, 4.48)
Población expandida		105520		105520
N		657		657
<u>Panel balanceado</u>				
Prevalencia	3.70	7.90	3.44	7.76
ee	0.35	0.49	0.34	0.48
Intervalo de confianza	(3.07, 4.46)	(7.00, 8.91)	(2.83, 4.19)	(6.88, 8.74)
Población expandida	633915	633915	633915	633915
N	4481	4481	4481	4481

dep2 = Dependencia en alguna de 5 actividades básicas de Katz: comer, vestirse, baño, cuidado personal, desplazarse dentro del hogar

dep2_alt = Dependencia en alguna de 5 actividades básicas de Katz: comer, vestirse, baño, cuidado personal, cambiar de posición

Cuadro 13. Sensibilidad de prevalencias de AVD-K al cambio de indicadores: “desplazarse dentro del hogar” sustituido por “cambiar de posición”. Menores de 60

MENORES DE 60				
	dep2		dep2_alt	
	Ola 1	Ola 2	Ola 1	Ola 2
<u>Menores de 60</u>				
Prevalencia		1.41		1.45
ee		0.13		0.13
CI		(1.16, 1.66)		(1.20, 1.70)
Población expandida		2047646		2047646
N		8695		8695
<u>Menores de 60 con limitaciones</u>				
Prevalencia		24.75		26.06
ee		1.92		1.95
CI		(20.98, 28.53)		(22.22, 29.89)
Población expandida		112253		112253
N		506		506

dep2 = Dependencia en alguna de 5 actividades básicas de Katz: comer, vestirse, baño, cuidado personal, desplazarse dentro del hogar

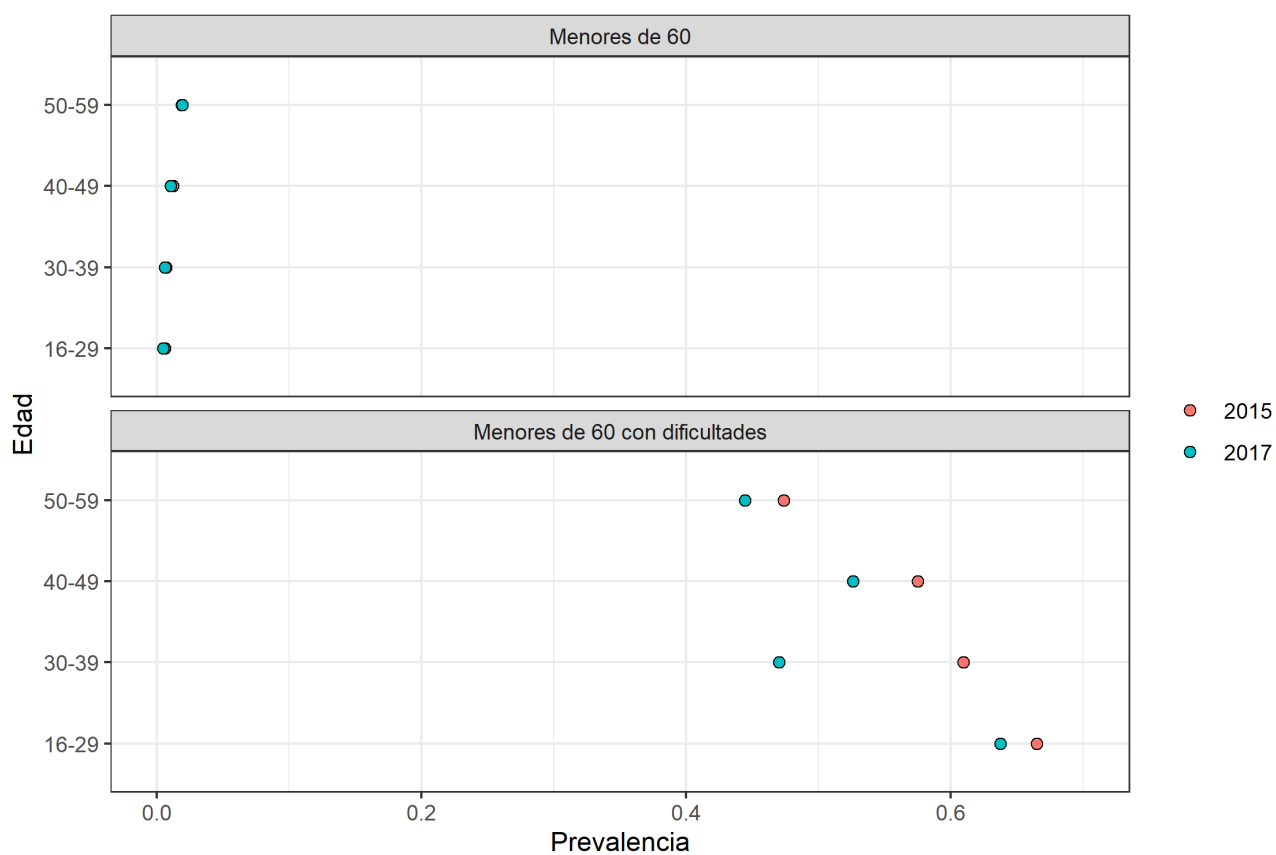
dep2_alt = Dependencia en alguna de 5 actividades básicas de Katz: comer, vestirse, baño, cuidado personal, cambiar de posición

Cuadro 14. Necesidad de ayuda en actividades de la vida diaria por tramos de edad.

<i>Ola</i>	<i>Edad</i>	<i>Comer</i>	<i>Cuidado personal</i>	<i>Vestimenta</i>	<i>Baño</i>	<i>Desplaza dentro hog</i>	<i>Evitar riesgos</i>	<i>Cambio posición</i>	<i>Desplaza fuera hog</i>	<i>Tareas del hogar</i>	<i>Vida social</i>	<i>Comunicación</i>
1	14-29											
1	30-39											
1	40-49											
1	50-59											
1	60-69	0,23%	0,98%	1,20%	0,69%	1,12%	0,39%	0,54%	2,03%	2,21%	1,09%	0,35%
1	70-79	1,09%	2,92%	2,92%	2,32%	2,46%	1,23%	2,07%	5,68%	4,65%	2,62%	1,07%
1	80+	1,62%	6,02%	5,93%	5,68%	7,05%	2,70%	3,21%	14,59%	11,97%	6,15%	4,18%
2	14-29	0,28%	0,86%	0,66%	0,69%	0,53%	0,97%	0,52%	1,31%	1,02%	1,19%	1,48%
2	30-39	0,34%	0,89%	0,67%	0,55%	0,43%	0,90%	0,61%	0,97%	1,39%	0,86%	1,18%
2	40-49	0,27%	0,71%	0,70%	0,41%	0,21%	0,95%	0,74%	1,75%	2,23%	1,19%	0,83%
2	50-59	0,24%	1,65%	1,18%	0,97%	0,80%	0,99%	1,11%	2,12%	3,22%	1,51%	1,13%
2	60-69	0,51%	1,73%	2,00%	1,26%	1,57%	1,27%	2,17%	4,50%	5,41%	2,21%	1,02%
2	70-79	1,06%	4,08%	3,86%	3,23%	3,03%	3,08%	3,21%	11,00%	8,58%	3,83%	2,85%
2	80+	3,15%	9,14%	8,43%	8,21%	9,14%	7,39%	7,40%	24,45%	21,24%	11,10%	7,38%

Fuente: Elaboración propia en base a ELPS

Gráfico 6. Prevalencia de la dependencia (AVD-K) en Chile, menores de 60.



Fuente: Elaboración propia en base a CASEN 2015 y 2017

Cuadro 15. Clasificación de la dependencia según baremo, AVD-K y AVD-B. 60 años y más. Panel no balanceado, ola 2.

Ola 2				
Baremo	AVD-K		Clasificación igual	Clasificación diferente
	No dependiente	Dependiente		
No dependiente	4263	0	100,0%	0,0%
Dependiente	513	353	40,8%	59,2%
Leve	275	28	9,2%	90,8%
Moderado	225	123	35,3%	64,7%
Severo	13	202	94,0%	6,0%
Total	4785	353		

Baremo	AVD-B		Clasificación igual	Clasificación diferente
	No dependiente	Dependiente		
No dependiente	4263	0	100,0%	0,0%
Dependiente	98	768	88,7%	11,3%
Leve	86	217	71,6%	28,4%
Moderado	10	338	97,1%	2,9%
Severo	2	213	99,1%	0,9%
Total	4361	777		

Fuente: Elaboración propia en base a ELPS

Cuadro 16. Efecto marginal en media de dejar de ser dependiente entre ola 1 y ola 2. 60 años y más, panel balanceado.

	<i>Baremo</i> <i>b/se</i>	<i>AVD-K</i> <i>b/se</i>	<i>AVD-B</i> <i>b/se</i>	<i>Baremo</i> <i>b/se</i>	<i>AVD-K</i> <i>b/se</i>	<i>AVD-B</i> <i>b/se</i>
Cambio en respondente: no recibió ayuda en ola 1 pero si en ola 2	0.117*** (0.025)	0.077*** (0.022)	0.109*** (0.025)			
Edad (años)	0.000 (0.000)	0.001* (0.000)	0.000 (0.000)	0.001* (0.000)	0.001** (0.000)	0.001* (0.000)
Sexo == hombre	-0.014** (0.005)	-0.013** (0.004)	-0.012** (0.005)	-0.015** (0.005)	-0.013** (0.004)	-0.013** (0.005)
Cambio en respondente: recibió ayuda en ola 1 pero no en ola 2				-0.023*** (0.004)	-0.010** (0.004)	-0.022*** (0.003)
ymean	0.022	0.015	0.021	0.022	0.015	0.021
ysd	0.148	0.123	0.142	0.148	0.123	0.142
p	0.000	0.000	0.000	0.000	0.001	0.000
N	4481	4481	4481	4481	4481	4481

Fuente: Elaboración propia en base a ELPS. Estimaciones con panel balanceado.