

SALUD BIENESTAR Y ENVEJECIMIENTO EN LAS AMERICAS



RESUMEN EJECUTIVO

LA HABANA, CUBA. 2000



ONE



OPS/OMS



MINSAP

Octubre, 2003

SALUD BIENESTAR Y ENVEJECIMIENTO EN LAS AMERICAS



RESUMEN EJECUTIVO

LA HABANA, CUBA. 2000

Índice	Páginas
Presentación	3
I. Aspectos Metodológicos y Organización de la Encuesta.	7
1. Introducción	7
Prueba Piloto	7
Antecedentes en Cuba	9
2. Objetivos y organización de la encuesta	10
2.1 Objetivos de la Investigación	10
Organización del trabajo del personal de campo	12
Proceso de Revisión y Codificación	15
Procesamiento	15
Documentos y Materiales utilizados para la encuesta	16
Clasificadores	17
Seminarios de Capacitación	17
Organización del trabajo de las mediciones	18
3. Universo del estudio y alcance de la Investigación	21
4. Estrategia Muestral	21
4.1 Diseño Muestral	21
4.1.1 Marco Muestral.	21
4.1.2 Tipo de muestreo.	22
4.1.3 Unidades muestrales y probabilidades de selección.	22
4.1.4 Estratos, Post-estratos y Subpoblaciones.	22
4.1.5 Afijación de la muestra por estratos.	23
4.1.6 Tamaño de la Muestra.	23
4.2 Estimadores	26
Estimador de Totales	27
Estimadores de Razón	29
Estimadores de los Errores de Muestreo	29
Precisión de los Resultados	29
La interpretación del Coeficiente de Variación	29
5. Captación de los datos	30
5.1 Diseño de cuestionarios y temas cubiertos	30
Cuestionario Básico	31
Cuestionario de Mediciones	34
Módulos Especiales	34
5.2 Procedimiento de campo	34
6. Procesamiento de datos	36
7. Control de la Calidad	39

Índice (continuación)	Páginas
II. Síntesis y Discusión de Resultados	41
Marco social	41
Características de la población, de los hogares y familias estudiados. Transferencias Intergeneracionales	42
Salud, salud funcional y uso y acceso a servicios de salud y sociales	48
Estado de Salud	49
Salud mental	50
Síndromes Geriátricos	50
Enfermedades crónicas	50
Salud funcional	51
Uso y acceso a servicios de salud y sociales	51
Desigualdades socioeconómicas en salud	51
Anexo: Tablas de Estimación de las Proporciones y Precisión de Indicadores Seleccionados. Población total por sexo y grupos de edad.	57

Presentación

En América Latina y el Caribe se han presentado importantes cambios demográficos con un rápido crecimiento de los grupos de personas de 60 años y más. Este crecimiento de la población adulta mayor ha avanzado con una rapidez sin precedentes y debido a ello surge la necesidad de información sobre las condiciones de salud y la calidad de vida de los adultos mayores que avalen el desarrollo de políticas y programas adecuados tendientes a promover un envejecimiento activo y saludable.

En 1997, la Organización Panamericana de la Salud inició el diseño del estudio: Salud, Bienestar y Envejecimiento en las Américas conocido como SABE, que investiga las condiciones de salud de los adultos mayores en las principales zonas urbanas de siete países de América Latina y el Caribe (Argentina, Barbados, Brasil, Cuba, Chile, México y Uruguay) el cual es fruto de la colaboración con especialistas y científicos de los equipos de investigación de los siete países participantes de la región, numerosas instituciones científicas y colaboradores regionales.

La investigación se basa en encuestas transversales simultáneas y rigurosamente comparables basadas en entrevistas cara a cara y mediciones físicas con el fin de recopilar información que resulta la primera de su género para los países de América Latina y el Caribe.

El proyecto SABE tiene la finalidad de proporcionar una descripción del estado de salud y las condiciones de vida actuales de los adultos mayores. De ahí la importancia de la caracterización de los patrones de morbilidad, de deficiencias físicas, mentales y funcionales de este creciente segmento de la población, así como del acceso y la utilización que la misma hace de los servicios de salud.

Además, la investigación posibilita obtener información sobre participación en la fuerza laboral, arreglos domiciliarios, transferencias intergeneracionales, bienestar general, ingresos según fuentes y algunas mediciones físicas entre otros. También resulta de gran importancia la medición de las diferencias que pueden existir entre cohortes, niveles socioeconómicos y género, entre otras variables.

El proyecto SABE en Cuba tuvo como institución ejecutora principal el Centro de Estudios de Población y Desarrollo de la Oficina Nacional de Estadísticas y como coejecutor el Centro Iberoamericano de la Tercera Edad del Ministerio de Salud Pública.

El financiamiento de SABE en Cuba fue realizado por la Organización Panamericana de la Salud, la Oficina Nacional de Estadísticas y el Ministerio de Salud Pública.

El Proyecto de Cuba estuvo dirigido por un Equipo de Coordinación Nacional integrado por:

Lic. Juan Carlos Alfonso Fraga, Investigador Principal del Proyecto. Dirección del proyecto, preparación y revisión de resultados.

Lic. Esther María León Díaz, coordinadora de los aspectos técnicos y logísticos relacionados con el ensayo y la encuesta. Realizó el Diseño Muestral; trabajó en la metodología, diseño y análisis de la encuesta, colaboró en la confección de las reglas de validación de las bases de datos, en la revisión de los programas, bases de datos y tablas de análisis y elaboró la presentación y distintos epígrafes de los capítulos I, III y IV.

Dr. Jesús Menéndez Jiménez, fue el responsable de la coordinación de los aspectos técnicos y logísticos relacionados con las mediciones; trabajó en la metodología diseño y análisis de la encuesta, la adecuación de los clasificadores y elaboró distintos epígrafes de los capítulos I, V, VI y VIII.

Lic. Clara Marín Domínguez, tuvo a su cargo entre otras tareas la adecuación de los 5 cuestionarios incluyendo los 2 de las Instituciones y los manuales de Instrucciones al personal de campo. Colaboró con la confección de las reglas de validación de las bases de datos; trabajó en la metodología, diseño y análisis de la encuesta y elaboró el capítulo II y distintos epígrafes de los capítulos I, III y IV.

Lic. Néstor Arcia Montes de Oca, tuvo a su cargo el desarrollo de la metodología para el cálculo del índice de condiciones socioeconómicas, la adecuación de los clasificadores, y la programación de las tablas de análisis de la encuesta. Colaboró con la confección de las reglas de validación y trabajó en la revisión y limpieza de la base de datos; trabajó en la metodología, diseño y análisis de la encuesta. Elaboró el capítulo VII y distintos epígrafes del capítulo I.

Dr. Leocadio Martínez Almanza, coordinó el trabajo de campo del personal de salud que realizó las mediciones y la codificación de las preguntas de salud, trabajó en la metodología, diseño y análisis de la encuesta. Elaboró distintos epígrafes de los capítulos I, V, VI y VIII.

Reconocimientos

Para Rodolfo Roque Fuentes Director General Oficina Nacional de Estadísticas por el apoyo decisivo en la realización del Estudio.

Para Enrique Vega Director Nacional de Adulto Mayor y Asistencia Social del MINSAP y subdirector del CITED por el apoyo decisivo en la realización de la parte médica del Estudio.

El Proyecto Regional estuvo dirigido por un Equipo de Coordinación Regional presidido por:

Dra. Martha Peláez, fue responsable de la coordinación de todos los aspectos técnicos y logísticos relacionados con la encuesta.

Dr. Alberto Palloni, fue responsable del marco conceptual y asesoró la metodología, diseño y análisis de la encuesta.

Dra. Rebeca de los Ríos, asesoró al estudio multicéntrico principalmente durante la etapa de discusión del cuestionario, ejecución de las pruebas pilotos.

En la ejecución del Proyecto asumieron las tareas de estandarización de las bases de datos para el proyecto regional y el análisis y programación de los resultados preliminares los siguientes especialistas colaboradores de la OPS/OMS Washington:

Dra. Elizabeth Arias, fue responsable de la elaboración de los programas de análisis y colaboración técnica en el análisis de la encuesta

Dr. Guido Pinto, fue responsable del manejo y administración de las bases de datos de la región.

Dra. Laura Rodríguez Wong, coordinadora de la revisión final de la documentación del proyecto de la región.

Otros reconocimientos

Para el Centro de Cálculo de la Delegación Territorial de Ciudad de la Habana, donde se realizó la carga, verificación y validación de toda la información de la encuesta

Organización General del Proyecto

En Cuba se realizaron simultáneamente con la encuesta a los adultos mayores dos investigaciones más, formando parte del proyecto:

- ◆ El estudio de los cónyuges de los adultos mayores seleccionados que participaron en la encuesta, independientemente de la edad que tuvieran, siendo los mismos entrevistados con un cuestionario similar pero reducido en el número de preguntas,
- ◆ El estudio de adultos mayores institucionalizados en Hogares de ancianos a partir de una muestra de 120 adultos mayores seleccionados a su vez en

cuatro instituciones escogidas a los efectos de este estudio, para los que se adaptó el cuestionario de la encuesta y se adicionó otro para el administrador de la institución, realizándose adicionalmente las mediciones a los entrevistados y la encuesta a los cónyuges en caso de que estos existieran. Esta investigación se considera un ensayo para un posible estudio de la población institucionalizada.

De ambas investigaciones se analizarán sus resultados en informes específicos.

A los efectos del Proyecto Multicéntrico esta encuesta se considera como la **primera fase** de un estudio más general que abarca en total **tres fases**, dado que al ser una investigación transversal solo permite brindar elementos parciales al análisis de los determinantes de salud, faltando las investigaciones de supervivencia y de institucionalización.

La **segunda fase** consistiría en un estudio longitudinal para darle seguimiento a los entrevistados que participaron en la primera fase donde se obtendrán la información de supervivencia y de institucionalización que para Cuba se entendería como internados o asistiendo a centros diurnos “Casas del Abuelo” donde no están internos. Ello resultaría de gran trascendencia.

El alcance de esta investigación tiene la limitante de haberse hecho en las principales zonas urbanas de los siete países y no representa la diversidad de ambientes territoriales y de adultos mayores de nuestros países, de ahí la **tercera fase** que sería extender la encuesta para lograr un mayor alcance territorial incluyendo las zonas urbanas y rurales.

El estudio Multicéntrico solo abarcó en esta etapa la primera fase. En Cuba se tiene la aspiración de poder continuar con las últimas dos fases a partir del año 2004 de acuerdo con las posibilidades y recursos disponibles.

I. Aspectos Metodológicos y Organización de la Encuesta.

1. Introducción

El Estudio Multicéntrico Salud Bienestar y Envejecimiento (SABE) comenzó con la evaluación del Proyecto Regional y la Confección del Protocolo de Investigación de Cuba, en el que se hizo un diagnóstico de la situación de Envejecimiento en el país, lo cual contribuyó a valorar la necesidad de una investigación de esta magnitud en el país. El protocolo de Cuba fue aprobado por la dirección de la ONE y del MINSAP y por el equipo de dirección del Proyecto Regional y el Consejo Científico de la OPS/OMS Washington.

El cuestionario básico o cuestionario del Adulto Mayor fue aplicado por primera vez en el Pre-Test o Prueba Pre-Piloto, en noviembre de 1998, a un grupo de 21 adultos mayores, en el que estuvieron representados ambos sexos y todos los grupos etareos (60-64; 65-69; 70-74; 75-79 y 80 y más), este tuvo entre otros objetivos: probar la comprensión de la redacción de las preguntas y conocer en cada sección aquellas que tenían un buen nivel de aceptación, las que eran rechazadas o causaban estrés a los entrevistados, así como, la adecuación de los filtros a otras preguntas, además de obtener un estimado del tiempo aproximado de duración de la entrevista por cada sección de la misma.

A partir de estas primeras experiencias se adecuó el lenguaje, se eliminaron y adicionaron algunas categorías de respuesta y algunas preguntas y se modificaron otras con la finalidad de dar una mayor fluidez a la entrevista y reducir el tiempo de aplicación del cuestionario, se suprimieron o perfeccionaron filtros y en otros casos se adicionaron los que eran necesarios.

Los resultados de esta prueba Pre-Piloto, fueron presentados en el Taller Multicéntrico Salud, Bienestar y Envejecimiento en la OPS/Washington, donde se continuó la discusión del cuestionario básico por una representación de los especialistas participantes de cada país, trabajo que se realizó entre el 7 y el 12 de diciembre de 1998. A partir de las recomendaciones de los países de la región en este Taller, especialistas y asesores del proyecto adecuaron y reajustaron nuevamente el cuestionario obteniéndose uno perfeccionado, claro y conciso, que fue el aplicado en la Prueba Piloto en algunos de los países del proyecto regional.

Prueba Piloto

La Prueba Piloto o Ensayo de Cuba, se llevó a cabo en el Municipio 10 de Octubre de Ciudad de La Habana, seleccionado por su grado de envejecimiento que lo ubica como el segundo más envejecido de la capital y del país, siendo también uno de los más poblados, condición que lo convierte en uno de los municipios en donde reside un mayor número mayor de ancianos del país.

El entrenamiento del personal se realizó entre el 27 y el 30 de septiembre de 1999, fue adiestrado el equipo de dirección provincial de la encuesta SABE en Ciudad de la Habana quienes fungieron como supervisores y oficinistas en esta prueba Piloto y además 5 personas que trabajaron como entrevistadores, un total de 14 personas. El seminario fue impartido por el Equipo de Dirección del Proyecto.

Cuadro No. 1 Resumen de Participantes

A. ENSAYO	NÚMERO
Entrevistadores	5
Supervisores	2
Codificadores	3
Oficinistas	4
TOTAL ENSAYO	14
B. Encuesta	
Entrevistadores	45
Supervisores Municipales	21
Codificadores	4
Oficinistas Municipales	14
Oficinistas Provinciales	7
Digitadores	6
Económicos	2
Chofer	1
TOTAL ENCUESTA	97

El levantamiento del ensayo se llevó a cabo entre el 4 y el 20 de octubre de 1999, en el cuadro que aparece a continuación se resume el comportamiento de la muestra:

Cuadro No. 2 Resultados de las Entrevistas de la Prueba Piloto de SABE.

Viviendas Seleccionadas	202	Porcentaje
Viviendas Entrevistadas	193	95
Caída de Muestra de Viviendas	9	5
De las viviendas entrevistadas		
Viviendas con adultos mayores	93	48
Viviendas sin adultos mayores	100	52
Adultos mayores Seleccionados	93	100
Adultos mayores entrevistados	88	95
Caída de muestra de adultos mayores	5	5
Total de adultos mayores con cónyuge	39	44,3
Cónyuges entrevistados	37	95
Caída de muestra de Cónyuges	2	5

Para el ensayo también fue seleccionado un Hogar de Ancianos el “24 de Febrero” del propio municipio de Diez de Octubre en el cual fueron investigados los procedimientos que se debían aplicar para estudiar adultos mayores institucionalizados, lográndose la colaboración del equipo de dirección de dicho centro para adecuar la metodología del proyecto SABE dirigida a los adultos mayores que residen en hogares particulares. Se seleccionaron en esa institución 20 adultos mayores, los cuales fueron entrevistados y un cónyuge.

En el trabajo de campo para las mediciones durante el pilotaje se utilizaron 3 equipos de trabajo integrados por 2 médicos especialistas dedicados a la atención de los adultos mayores y un supervisor. Los mismos fueron seminariados durante tres días y en el desarrollo de esta actividad se utilizó una cinta video preparada por el Instituto Nacional de Nutrición de la Universidad de Chile. Esta estrategia de trabajo fue modificada para el desarrollo de la investigación debido a diversos problemas en el progreso del proceso de medición, tales como:

- Progreso con lentitud
- Desconocimiento de las áreas geográficas
- Excesiva profesionalidad
- Transporte
- Horarios
- Otras

Cuadro No. 3 Resultados de las Mediciones de SABE en la Prueba Piloto

Adultos Mayores Entrevistados en Viviendas	88	Porcentaje
Adultos Mayores Medidos	85	97
Adultos Mayores Entrevistados en Hogares de Ancianos	20	
Adultos Mayores Medidos	20	100

En total fueron encuestados en el ensayo 108 adultos mayores, de ellos en viviendas particulares 88 y 20 en el Hogar de Ancianos. Fueron medidos 105 y se entrevistaron un total de 38 cónyuges de los Adultos Mayores, 37 de los cuales residen en viviendas particulares y 1 cónyuge de un entrevistado en un hogar de ancianos. Se encontró que el 44 por ciento de los adultos mayores tenían cónyuges (39 de 88 entrevistados) y de ellos se entrevistaron 37 que representan el 95 por ciento.

Antecedentes en Cuba

Como primer antecedente de encuestas para investigar a los Adultos Mayores a escala territorial, se tiene la Encuesta Nacional de Personas de 60 años y más, la que fue solicitada por el Ministerio de Salud Pública y acometida por el Instituto de

Investigaciones Estadísticas del entonces Comité Estatal de Estadísticas (CEE) hoy Oficina Nacional de Estadísticas (ONE) con el fin de dar cumplimiento a los acuerdos tomados con la Organización Panamericana de la Salud en esta área de investigaciones, la encuesta fue levantada durante el tercer trimestre julio – setiembre de 1985. Fueron visitadas 9272 viviendas en todo el territorio nacional y se entrevistaron 3672 ancianos, residentes en las viviendas seleccionadas.

El marco muestral de donde fueron seleccionadas estas viviendas lo constituyó la Muestra Maestra del Sistema de encuestas del Nivel de Vida (SENV) cuyo diseño del tipo multietápico estratificado, fue confeccionado a partir del Censo de Población y Viviendas de 1981.

También se han realizado otros estudios de menor representatividad como son a nivel municipal, de área de salud o a nivel de consultorio médico sobre población Adulta Mayor, realizados para Tesis de Maestrías o de la Especialidad de Geriatría por diferentes Instituciones de Salud.

2. Objetivos y organización de la encuesta

2.1 Objetivos de la Investigación

Entre los principales objetivos de la encuesta se encuentran:

- ❖ Describir las condiciones de la salud de los adultos mayores; a partir de las auto evaluaciones de salud, el reporte de enfermedades crónicas y agudas, discapacidad y deterioro físico y mental, lo que permite obtener medidas de prevalencia de enfermedades reportadas por los ancianos, es importante señalar que la información obtenida de la encuesta no produce medidas de prevalencia de enfermedades, dado que la misma no va acompañada de pruebas clínicas.
- ❖ Evaluar el estado de deterioro cognitivo de los entrevistados y de sus limitaciones funcionales. Esta información se utilizará para hacer estimaciones de la esperanza de vida sin discapacidades, de la cual algunos ejercicios ya se han realizado.
- ❖ Evaluar el acceso y el uso de los servicios de salud por los adultos mayores; incluyéndose la medicina tradicional y natural, así como las condiciones en que las personas buscan y reciben los servicios.
- ❖ El proyecto regional preveía igualmente evaluar el grado de acceso a los seguros de salud y la medida en que se utilizan dichos seguros. Y analizar los seguros que ofrecen las organizaciones privadas y las instituciones gubernamentales o semi-gubernamentales.

En el caso de Cuba, donde toda la población tiene acceso a la salud, que cubre asistencia médica general y especializada, hospitalización, intervenciones quirúrgicas, exámenes y pruebas clínicas, servicios de terapia y consultas homeopáticas y en parte cubre el costo de: medicamentos, espejuelos, prótesis y aparatos odontológicos, se consideró valorar la cobertura de la “Asistencia Social”.

La “Asistencia Social” se definió en el estudio como un seguro adicional al seguro público, la población beneficiada por él, que son personas que viven bajo determinadas condiciones de riesgo, cubre el pago total de medicamentos recetados, espejuelos, prótesis o aparatos de apoyo, aparatos de odontología entre otros beneficios, como son pensiones y cheques para la compra de alimentos en lugares seleccionados a precios módicos, ropa, lencería, útiles para el hogar, etc.

- ❖ Evaluar la contribución relativa que brindan las tres principales fuentes de apoyo a los adultos mayores; considerando que las mismas son las relaciones familiares y las redes, la asistencia pública y los recursos privados. Valorar las diferencias entre ellas.
- ❖ Analizar los patrones de transferencias intra-familiares y cómo los mismos están influenciados por las características de los adultos mayores y de sus familiares más cercanos.
- ❖ Analizar los diferenciales de la auto evaluación de las condiciones de salud, el acceso a la atención de salud y las fuentes de apoyo respecto a niveles socioeconómicos, género y cohorte de nacimiento.
- ❖ Evaluar las relaciones que existen entre los factores estratégicos, -a saber, comportamientos relacionados con la salud, antecedentes ocupacionales, condiciones socioeconómicas, género y cohorte de nacimiento -, en las condiciones de salud según la evaluación en el momento de la encuesta, y como se informó respecto a períodos de rememoración breves antes de la encuesta.
- ❖ Elaborar perfiles que, junto con modelos que vinculan los modelos de riesgo a la morbilidad y la mortalidad, podrían respaldar las predicciones a corto plazo de las tendencias relacionadas con la edad en cuanto a morbilidad, discapacidad y deterioro físico y mental. Por ejemplo, evaluando las relaciones existentes entre la auto evaluación de las enfermedades crónicas recientes o actuales y las discapacidades y deterioros funcionales así como la estimación de la influencia de los perfiles conductuales en la auto evaluación de las enfermedades crónicas.
- ❖ Realizar análisis comparativos con los países que comparten características importantes, pero que difieren en cuanto a varios factores como el rol que

tienen el apoyo familiar, la asistencia pública, las instituciones médicas y lo que respecta a los comportamientos relacionados con la salud y la exposición a las condiciones de riesgo.

- ❖ Evaluar niveles y patrones de desigualdades en el estado de salud. La importancia de este objetivo es que contribuirá a suplir la falta de información respecto a las inequidades en salud de los adultos mayores.
- ❖ Estudiar las condiciones de salud de los adultos mayores “más viejos” a pesar de que este concepto se aplica a los mayores de 85 años, para los fines de esta investigación, se asumió como límite inferior 80 años, a fin de producir información suficiente para el análisis; teniendo en cuenta que ello fue previsto en el momento de la selección de la muestra, existiendo una sobremuestra de las personas comprendidas en estas edades.

2.2 Organización de la Encuesta.

El trabajo de campo de la Encuesta se llevó a cabo por medio de dos estructuras operativas la de la Delegación Territorial de Estadísticas de Ciudad de la Habana y la del CITED que funcionaron paralelamente, y trabajaron con una coordinación sistemática muy estrecha a nivel provincial.

Las Estructuras Operativas generales se presentan en el diagrama No. 1, (ver página siguiente) ellas tienen una apertura a partir de los coordinadores Operativos que son el quinto nivel de dirección.

La información se obtuvo entrevistando cara a cara al adulto mayor seleccionado, aplicando de manera óptima la técnica de la entrevista y registrando en los instrumentos de captación (guías de visita, formularios, carátula y secciones del cuestionario), la información en forma clara, limpia y legible conforme a los lineamientos establecidos; en aquellos casos en que el adulto mayor no estaba apto para la entrevista, la información fue suministrada por un sustituto, y en otros donde la persona presentaba dificultades para responder algunas preguntas se utilizó una persona como auxiliar o apoyo a la entrevista.

La calidad de la información radicó fundamentalmente en el cuidado, habilidad y destreza que tuvo el entrevistador aplicando el cuestionario únicamente a las personas seleccionadas y no a otras, aplicando íntegramente las preguntas, respetando estrictamente el orden, sus respectivas instrucciones de aplicación y los filtros de preguntas.

Las actividades del equipo de campo de las mediciones fueron seguidas directamente por el coordinador operativo dado que trabajaron tres municipios simultáneamente, al terminar en un municipio se entrenaba al equipo nuevo que

trabajaría en el nuevo municipio, buscando el personal del MINSAP que preferiblemente residiera en el municipio en cuestión.

Los equipos de oficinistas provinciales fueron contratados específicamente para esta tarea entre el personal con experiencia en encuestas de hogares que residían en el municipio de trabajo y que pertenecían a la bolsa de trabajadores que habitualmente se contratan para encuestas de este tipo y que controlan las Oficinas Municipales de Estadísticas.

Diagrama No.1

Encuesta sobre Salud, Bienestar y Envejecimiento en las Américas (SABE)

Estructura Operativa



Organización del trabajo del personal de campo

El equipo de oficinistas provinciales estuvo constituido por siete personas experimentadas en trabajo de encuestas, contratadas especialmente para este trabajo, los cuales controlaban el trabajo de dos o tres municipios cada uno.

En cada municipio se contrataron uno o dos oficinistas municipales, para el control del trabajo del personal a ese nivel. Cada oficinista municipal controló el trabajo de dos o tres supervisores y cada supervisor de dos o tres entrevistadores.

A cada entrevistador le fueron asignadas cuatro unidades de muestreo de primera etapa (AGEM) para un total de 25 viviendas en promedio cada una, o sea, que se le asignaron 100 viviendas para realizar las entrevistas en mes y medio, siendo necesarios 50 entrevistadores para esta labor.

El equipo de trabajo de salud comenzó desfasado de los entrevistadores en una quincena para dar un margen de tiempo a fin de que se terminaran AGEM completas en los municipios que comenzarían el operativo, de tal manera que se fueron confeccionando las guías de visita de la evaluación médica con los adultos mayores ya entrevistados.

Las Oficinas Municipales de Estadísticas y la Oficina de la Delegación Territorial de Estadísticas de Ciudad de la Habana fueron los locales de trabajo para el control, revisión y organización de la documentación de la encuesta. En el caso de los equipos de Salud, utilizaron instalaciones del CITED para el control de la documentación

Período de entrevistas

1ro de Diciembre del 1999 al 15 de enero del 2000

Período de mediciones

La primera fase: 7 de Enero del 2000 al 30 de agosto del 2000 realizándose el trabajo en los 15 municipios.

La segunda fase: desde septiembre hasta el mes de diciembre del 2000

En esta segunda fase se estuvieron recuperando los casos pendientes de mediciones en los 15 municipios. En el mes de abril se incorporó un cuarto juego de instrumentos adicional de medición, que permitió reforzar el trabajo de mediciones con un equipo de trabajo.

Proceso de Revisión y Codificación

Proceso de Revisión y Codificación	Inicio	Terminación
Revisión de los cuestionarios y Codificación de Indicadores demográficos y socioeconómicos	1 de febrero del 2000	18 de abril del 2000
Revisión de los cuestionarios de las mediciones y Codificación de Indicadores de salud	1ro de septiembre del 2000	al 30 de octubre del 2000

Procesamiento

El procesamiento se realizó entre el Centro de Cálculo Territorial de Ciudad de la Habana y la Dirección de Informática de la ONE.

Proceso	Inicio	Terminación
Digitación y Verificación al 100% de los cuestionarios básicos.	1ro de diciembre del 2000	30 de enero del 2001.
Validación y arreglos de la Base de datos del cuestionario básico	1ro de febrero del 2001	30 de marzo del 2001
Digitación, Verificación y Validación del cuestionario de mediciones	1ro de febrero del 2001	30 de marzo del 2001.
Digitación, Verificación y Validación del cuestionario de cónyuges	1ro de noviembre del 2001	30 de noviembre del 2001.
Digitación, Verificación de cuestionarios de adultos mayores Institucionalizados, mediciones y del administrador	1ro de diciembre del 2001	30 de diciembre del 2001.
Validación	30 de marzo del 2001.	30 de abril del 2001.
Preparación de las Bases de datos de los Hogares de Ancianos	1 de Julio del 2003	29 de Agosto del 2003

Una vez terminado el proceso de validación se obtuvieron frecuencias que llevaron a realizar una nueva revisión de los indicadores que presentaban inconsistencias y fue necesario en un grupo de alrededor de 75 viviendas hacer las visitas a las mismas para corregir algunos datos de las mediciones.

Al mismo tiempo se llevó un proceso detallado de validación en las preguntas relacionadas con la evaluación cognitiva y las preguntas que los sustitutos no respondían sobre las personas con problemas cognitivos.

Documentos y Materiales utilizados para la encuesta

Cuestionarios

1. Cuestionarios del Adulto Mayor seleccionado.
2. Cuestionarios del cónyuge.
3. Cuestionarios del adulto mayor institucionalizado.
4. Cuestionarios para el administrador del Hogar de Ancianos.

Manuales

5. Manual del entrevistador.
6. Manual del supervisor.
7. Manual del municipio.
8. Manual para el equipo de medición.
9. Manual para el supervisor del equipo de mediciones.

Otros documentos

10. Credencial de identificación con foto.
11. Guía de visita para los entrevistadores.
12. Guía de visita para las mediciones.
13. Formulario de la vivienda.
14. Modelo de selección del individuo.
15. Formulario de la vivienda para la visita de medición.
16. Plegable de información para la vivienda.
17. Declaración de Consentimiento Informado (Documento aprobado por la Comisión de Ética del Estudio).
18. Tarjeta para la evaluación cognitiva (Pfeiffer).
19. Aviso de Próxima Visita.
20. Modelo de Control de la Calidad del Trabajo de campo. Visitas de Acompañamiento y Reentrevistas.
21. Control de la Calidad del Trabajo de campo. Modelo auxiliar para Reentrevistas (modelo para el supervisor con las preguntas a chequear en las visitas de reentrevistas).
22. Modelo de Control de las Visitas de acompañamiento y reentrevistas para las mediciones.
23. Modelo auxiliar para el supervisor con las preguntas a chequear en las visitas de reentrevistas para el personal de la salud.

24. Modelo de Control del trabajo de campo.
25. Modelo del Progreso de la Enumeración de los entrevistadores.
26. Modelo del Progreso de la Enumeración de las mediciones.

Clasificadores

27. De países (A.3).
28. Órganos o Partes del Cuerpo (para el comienzo del cáncer) (C.6.c).
29. Enfermedades (C.28.h).
30. Medicinas (E.2).
31. Ocupación (H.9 y H.16).
32. Tipo de Actividad (H.10).
33. Causas por las que cambió de ocupación (H17).
34. Rama de actividad Económica (H.11).
35. Tipo de Problema de Salud provocado por las condiciones de trabajo
Accidentes del trabajo y enfermedades profesionales o Síntomas y signos
sin especificación clara de diagnóstico (H.20).

Otros artículos

36. Pullover con logotipos por identificativos del Proyecto e Instituciones participantes.
37. Maletín.

El contacto entre supervisor y entrevistador fue constante. Este recibió de manos del enumerador todos los cuestionarios llenados y llevó a cabo la revisión de los mismos constatando si la información estaba completa o si era necesario regresar a la vivienda. En este caso, el cuestionario era devuelto al entrevistador correspondiente y el mismo regresaba a la vivienda para recopilar la información faltante o subsanar inconsistencias. Se llevaron a cabo reuniones de trabajo semanales, con el fin de comentar los avances y dificultades en el levantamiento de la información, independientemente de los contactos individuales entre ambos.

La documentación de la encuesta (cuestionarios, formularios, guías de visita, etc.) fue sistemáticamente revisada al 100% por el oficinista municipal y luego de igual forma por el oficinista provincial.

Seminarios de Capacitación

El seminario al personal de campo: entrevistadores, supervisores y oficinistas municipales y provinciales, el equipo de coordinación Provincial y los directores municipales de las Oficinas Territoriales de Estadísticas, que eran los responsables de garantizar el desarrollo de la encuesta a ese nivel, fue impartido por el equipo de Investigadores del CEPDE y del CITED responsabilizados con la investigación. Este seminario se desarrolló en el teatro de la ONE y tuvo una duración de cinco días, con el siguiente conjunto de actividades:

1er día: Información general sobre la población adulta mayor, prevalencia de enfermedades. Cuestionario Básico

2do día: Cuestionario Básico. Manual del Entrevistador

3er día: Cuestionario Básico. Manual del Entrevistador y Formularios de la Vivienda y de Selección del Individuo dentro del Hogar

4to día: Práctica de terreno dos o tres entrevistas a adultos mayores por cada participante.

5to día: Revisión de los cuestionarios llenos, y discusión de casos

Adicionalmente los supervisores y oficinistas recibieron un seminario de capacitación de un día de duración con los manuales y modelos que les correspondía utilizar.

Organización del trabajo de las mediciones

Basado en el manual general del proyecto fue adoptado otro para apoyar al personal de salud que realizó las mediciones. Este manual también sirvió de apoyo para todo el personal involucrado en el trabajo de campo. Debido a que contenía los lineamientos generales y los procedimientos básicos para el desarrollo del levantamiento de datos, su contenido fue de vital importancia y posibilitó su uso durante el operativo de campo como una herramienta de trabajo.

La recolección de la información se llevó a cabo por medio de entrevistas y mediciones directas en las viviendas de las personas seleccionadas y en los hogares de ancianos conforme a la muestra seleccionada de este tipo de institución.

El trabajo de campo para las mediciones se organizó en la fase inicial en tres equipos. La coordinación de cada equipo estuvo a cargo de un(una) supervisor(a), quién a su vez reportó los resultados de campo a un(una) oficinista. La documentación tanto de la encuesta como de las mediciones pasó al Grupo de Codificación para garantizar que los códigos y números de los cuestionarios fueran similares para garantizar la vinculación automática de las bases de datos una vez digitadas y que este equipo concluyera la codificación de las preguntas de salud que les correspondía. Finalmente toda la documentación fue entregada al Grupo Coordinador Operativo.

El contacto entre supervisor y entrevistador fue estrecho y constante: el entrevistador entregaba los cuestionarios levantados al supervisor, y este llenaba el modelo Progreso de la enumeración, con el parte semanal, además realizaba el control y seguimiento de los resultados del levantamiento de datos. También, de forma semanal, se realizaban reuniones de trabajo, para comentar los avances y las dificultades en el levantamiento de la información, independientemente de los contactos individuales de los mismos.

Se confeccionó y aplicó la Guía de Visitas para las mediciones; modelo que reflejaba el listado de viviendas por AGEM que fue asignado a cada equipo de mediciones y se conformó con los datos del adulto mayor con entrevista completa terminada. El modelo de guía de visita contenía:

- La identificación de la vivienda: AGEM, manzana , sección, vivienda según el número que le correspondió en la guía de visita del entrevistador
- La dirección de la vivienda.
- El teléfono
- Nombre del adulto mayor entrevistado.
- Sexo
- Si requirió para la entrevista apoyo o sustituto.
- Días y horas adecuadas para la visita del entrevistador de salud.

En las mediciones antropométricas se realizaron varias mediciones corporales incluyendo tensión arterial y fuerza de la mano y el brazo, para lo cual se utilizaron:

- ◆ báscula (pesa)
- ◆ cinta métrica
- ◆ tallímetro
- ◆ dinamómetro
- ◆ calibrador o calíper
- ◆ cronómetro
- ◆ cartabón
- ◆ estetoscopio
- ◆ esfigmomanómetro
- ◆ cronómetro o un reloj de pulsera con cronómetro integrado

También se identificó el grado de equilibrio, movilidad y flexibilidad de la persona entrevistada, en esta sección se utilizó un cronómetro o un reloj de pulsera con cronómetro integrado y de forma adicional en Cuba se aplicó la ESCALA GERIATRICA DE EVALUACIÓN FUNCIONAL (EGEF).- Esta escala es la que se utiliza en el país para evaluar la funcionabilidad de las personas de edad.

Finalmente, el cuestionario fue completado con las observaciones y apreciaciones del técnico de mediciones sobre:

- Violencia, abandono o maltrato por parte de los integrantes del hogar hacia el entrevistado.
- Dificultades para completar el cuestionario.
- Situaciones especiales durante el desarrollo de la entrevista.
- Personas que estuvieron presentes durante el desarrollo de la entrevista.
- Rechazo u oposición de la persona entrevistada.

Ya en el desarrollo de las mediciones se utilizó un equipo de trabajo por municipio incluyendo un supervisor, este equipo fue seleccionado en cada municipio por la dirección de salud territorial, a partir de los trabajadores que residían en el municipio donde laboran, salvo excepciones se conformó con licenciados en enfermería o trabajadoras sociales; el progreso de las mediciones fluyó con más rapidez, pero la calidad disminuyó, lo que motivó el incremento de las revisiones y el excesivo trabajo de las oficinistas y supervisores. Al final se adicionó otro equipo de trabajo de las mediciones cuando se dispuso del nuevo juego de aparatos de medición. Los equipos de oficinistas y codificadores fueron los mismos para toda la investigación.

La preparación de todos los participantes del equipo de salud (50 personas) durante el levantamiento general, fueron seminariados en 8 grupos durante tres días a cada grupo y a todos se le proyectó la cinta video preparada por el Instituto Nacional de Nutrición de la Universidad de Chile que fue enviada por la Dirección Regional del Proyecto de la OPS.

Cuadro No. 4 Resumen de participantes del equipo de salud.

Ocupación en el proyecto	Nivel técnico	Número
A) Ensayo		
Encuesta y Medición	Médicos (Geriatría y gerontología)	8
Supervisores	Médicos (Geriatría y gerontología)	1
Oficinistas	Médicos (Residentes de Epidemiología)	3
Total ensayo		12
B) Encuesta y Mediciones		
Encuesta y Medición	Médicos (Geriatría y gerontología)	1
	Licenciados de enfermería	18
	Técnicos de enfermería	9
	Técnico en trabajo social	1
Subtotal entrevistadores		29
Supervisores	Médico (Geriatría y gerontología)	1
	Médico (MGI)	1
	Licenciados de enfermería	11
	Técnicos de enfermería	2
Subtotal supervisores		15
Oficinistas	Médicos (Residentes de Epidemiología)	3
	Médico (Residentes en MGI)	1
Codificadores	Médicos (Residentes en Geriatría y gerontología)	2
Subtotal oficinistas y codificadores		4
Total Levantamiento (encuesta y mediciones)		50

4. Universo del estudio y alcance de la Investigación

Para la Encuesta SABE, la población de estudio estuvo compuesta por personas con 60 años cumplidos y más, residentes permanentes en viviendas particulares, aptos o no física y mentalmente.

En Cuba el estudio tuvo como alcance la capital del país, Ciudad de La Habana, que por definición se considera totalmente como un área urbana.

La investigación realizada en Instituciones solo tuvo carácter de ensayo, para estudios posteriores.

También fueron objeto de investigación los cónyuges de los adultos mayores entrevistados, de cualquier edad, aun siendo menores de 60 años, a los que se les aplicó un cuestionario reducido, información que será analizada en futuros informes del proyecto.

5. Estrategia Muestral

La estrategia muestral desarrollada se explica a través del Diseño Muestral aplicado y de los estimadores considerados:

4.1 Diseño Muestral

4.1.1 Marco Muestral.

Para la población a investigar en las viviendas se utilizó como Marco Muestral la Muestra Maestra o Diseño Muestral General que posee la Oficina Nacional de Estadísticas para el Sistema de Encuestas de Hogares a la Población.

La Muestra Maestra se basó en el Marco Muestral Maestro, elaborado por la Oficina Nacional de Estadísticas en el año 1995, y actualizado entre el año 1998 y 1999.

El marco muestral está organizado de acuerdo a la División Político Administrativa (DPA) vigente en provincias y municipios y cada municipio está dividido en unidades de muestreo denominadas Áreas Geográficas Muestrales (AGEM), que tienen un promedio de 180 viviendas con límites físicos y geográficos bien definidos.

Para la encuesta a la población objetivo que reside en Hogares de Ancianos, se dispone de un listado, por municipios, con el número de camas que cada Hogar de Ancianos posee.

4.1.2 Tipo de muestreo.

Se aplicó un muestreo **probabilístico** del tipo de Muestreo por Conglomerados Trietápico Estratificado.

4.2.3 Unidades muestrales y probabilidades de selección.

Como Unidades Muestrales de 1ra. Etapa se seleccionaron las Áreas Geográficas Muestrales (AGEM) con Probabilidad Proporcional al Tamaño siendo la medida de tamaño el total de Vivienda con residentes permanentes.

Se seleccionaron como Unidades Muestrales de 2da. Etapa las secciones con probabilidades iguales. Las secciones son unidades geográficas con límites físicos que tienen un tamaño promedio de cinco viviendas.

Las Unidades Muestrales de 3ra. Etapa fueron las personas de 60 años y más de edad, seleccionadas con Probabilidades Iguales a través de una tabla de Kish elaborada a estos efectos en cada vivienda seleccionada.

4.2.4 Estratos, Post-estratos y Subpoblaciones.

En Cuba, la población con condiciones socioeconómicas de diferentes niveles reside indistintamente dentro de las diferentes unidades geográficas, (AGEM, barrios o repartos, municipios, etc.), además, en nuestro país no se realizaba el Censo de Población y Viviendas desde el año 1981; por tanto en el año 1999 no se disponía de la información prevista en el proyecto regional de OPS por cada Unidad Muestral, para realizar una estratificación socioeconómica de la población: Ingresos del jefe de familia, el nivel de educación del jefe de familia y la distribución por edades, etc, por lo que se adoptaron las siguientes estrategias:

1ro- Considerar como **Estratos** la división geográfica de la ciudad en sus 15 municipios.

2do- Aplicar una **post-estratificación** a las personas entrevistadas de acuerdo con las variables sexo y grupos de edad: (60-64, 65-69, 70-74, 75- 79, 80 y más). Ello resultó necesario dada la sobredimensión que se planeó realizar de la población de 80 años y más, y las variaciones que se pueden encontrar en cualquier encuesta probabilística en las estructuras de los grupos etáreos, producto de las caídas de muestra. Esta clasificación se realizó a posteriori del levantamiento de la encuesta, utilizándose en el proceso de estimación la información disponible de las estimaciones demográficas por cada estrato y post-estrato.

3ro- Clasificar a cada persona de 60 años y más entrevistada, de acuerdo a un índice de condiciones socioeconómicas en nivel alto, medio o bajo, para

lograr la comparabilidad internacional. Esta clasificación se realizó a partir del análisis de las preguntas que tiene el cuestionario base del proyecto regional y de un conjunto de otras preguntas sobre la vivienda y los ingresos de todos los miembros del hogar que se introdujeron en el cuestionario de Cuba, para evaluar cinco dimensiones: Ingresos del Hogar, Condiciones de la Vivienda y Hacinamiento, Equipamiento, Niveles de Educación y Medio Ambiente.

Se da el tratamiento técnico de **subpoblaciones** en lugar de estrato socioeconómico, por no contar con esa información para toda la población.

4.2.5 Afijación de la muestra por estratos.

La distribución de la muestra por estratos, se realizó utilizando el procedimiento de Afijación Proporcional al Tamaño, dado este por el número de personas de 60 años y más en cada municipio.

4.2.6 Tamaño de la Muestra.

Encuesta a la Población Residente en Viviendas Particulares.

Se planeó una muestra efectiva de 1800 personas de 60 años y más para garantizar la comparabilidad requerida en las estimaciones de los indicadores fundamentales que se investigan en la encuesta, y los análisis estadísticos matemáticos de la información. Luego de tomar medidas especiales con el número de visitas necesarias para lograr realizar el máximo posible de entrevistas por parte de enumeradores y supervisores se lograron 1905 entrevistas.

La muestra de personas de 60 años y más equivale al 0.52 % del total de la población adulta mayor de la capital.

Para lograr este tamaño de muestra de la población objetivo, seleccionando una sola persona por vivienda, y sin reemplazar las pérdidas de viviendas o de personas, se requirió incrementar el número de viviendas en la muestra por los siguientes motivos:

- Las viviendas con personas de la población objetivo representan aproximadamente el 44 por ciento de acuerdo con el reprocesamiento de una encuesta anterior del sistema de encuestas de hogares, a cargo de la Oficina Nacional de Estadísticas.
- Caída de muestra de viviendas con personas de 60 años y más, o de la población objetivo seleccionada: se esperaba en alrededor de un 10 por ciento cada una.

Luego bajo estos supuestos, el tamaño de muestra requerido para la investigación fue de 5000 viviendas.

El tamaño de muestra determinado por AGEM, fue de 5 secciones, que tienen en promedio 5 viviendas cada una, o sea, quedaron seleccionadas 25 viviendas por cada AGEM, y el número de AGEM a seleccionar fue entonces de 200, procedimiento por el que se logró el tamaño de muestra final que fue de 5000 viviendas seleccionadas.

Selección de una persona en cada vivienda de la muestra

Para alcanzar las metas del proyecto regional de sobredimensionar la muestra de personas de 80 años y más, manteniendo además el criterio de seleccionar un solo adulto mayor en cada hogar se aplicó el siguiente procedimiento:

1.- De existir en la vivienda una persona de 80 años y más, se seleccionaba automáticamente la misma, si había más de una, se seleccionó al azar una de las que existan (utilizando la tabla de KISH)

2- Si no habían personas de 80 años y más, se procedió a realizar al azar la selección de una persona de las que se encontraban con edades entre 60 y 79 años (utilizando la tabla de KISH).

Elementos que sirvieron de base para plantear este procedimiento

- Se estimó que de las viviendas con personas de 60 años y más, el 70 por ciento tenía una sola persona de 60 años y más, el 28 por ciento dos personas y un 2 por ciento entre 3 o más personas. Resultando ser finalmente 68.4, 28.9 y 2.7 por ciento respectivamente.
- Se calculó también que la proporción de viviendas con personas de 80 años y más era un 20 por ciento del total de viviendas con personas de 60 años y más y un 8 por ciento del total de viviendas. Resultando ser del 21 y el 8 por ciento respectivamente.

Luego, resultaba imprescindible cuando se localizara una persona de 80 años y más, no perderla, ya que si no el costo de localizar a posteriori la sobremuestra sería muy alto.

Las medidas especiales que se tomaron para a partir de incrementar las visitas a las viviendas garantizar el número de entrevistas, dieron como resultado que se lograron 1905 adultos mayores entrevistadas, lo que produce una Tasa General de Respuesta del 38,1 por ciento siendo esta tasa afectada básicamente por la Tasa de Respuesta de Viviendas con población objetivo que fue del 44 por ciento, se lograron altas tasas de respuesta de viviendas (96%) y de personas (95 %). El rendimiento general de la muestra se presenta en el siguiente cuadro

Cuadro No. 5 Rendimiento General de la Muestra.

	Teórico (Esperado)	Real	Tasa de Respuesta	Tasa de no Contacto	Tasa de Rechazo
Viviendas Seleccionadas	5000	5000			
Viviendas Entrevistadas	4500 (90 %)	4816	T(1)= 96,3 %	3,7 %	0.8 %
Viv. con Pobla. Objetivo	2182 (44 %)	1998	T(2)= 41,5 %		
Personas Seleccionadas	2182	1998			
Personas Entrevistadas	1800	1905	T(3)= 95,3 %	4,7 %	2,6 %
Tasa General de Respuesta			TGR =T(1)*T(2)*T(3) TGR =38,1 %		

El análisis del comportamiento de la muestra de viviendas y de personas seleccionadas y el desglose de las caídas de muestra por causas se presenta a continuación en dos cuadros , donde se observa que las tasas de no entrevista son menores del 4 y 5 por ciento respectivamente.

Las tasas de rechazo son muy pequeñas menores del 1 por ciento en viviendas y del 3 por ciento de personas. Valores todos ellos muy positivos y consistentes para la presentación y análisis de los resultados obtenidos.

Cuadro No. 6 Comportamiento de la Muestra de Viviendas Seleccionadas. Análisis de las Caídas de la Muestra de Viviendas según causas

Total de Viviendas Seleccionadas	5000	Porcentaje
Entrevistadas	4816	96,3
Caída de muestra	184	3,7
Negados	40	0,8
Residentes ausentes durante el período de la encuesta	90	1,8
Vivienda vacía o no es vivienda particular	42	0,8
No se encontró la dirección	5	0,1
Otra situación	7	0,1
De las viviendas entrevistadas		
Viviendas donde no hay personas elegibles (60 y más)	2818	58,5
Viviendas con personas elegibles	1998	41,5

Cuadro No. 7 Comportamiento de la Muestra de Adultos Mayores Seleccionados. Análisis de las caídas de muestra de adultos mayores según causas.

Total de Personas Seleccionadas	1998	Porcentaje
Entrevistadas	1905	96,3
Entrevista Directa	1672	87,8
Entrevista con Proxy o Informante sustituto	164	8,6
Entrevista con Informante auxiliar	69	3,6
Caída de muestra	93	4,7
Negados	51	2,6
Persona seleccionada ausentes durante el período de la encuesta	38	1,9
Sin capacidad para responder y no se encontró sustituto	2	0,1
Otra situación	2	0,1

Encuesta de la Población Residente en Hogares de Ancianos

En Ciudad de La Habana existen 22 hogares de ancianos para atender a personas de 60 años y más; el número de camas para las personas con régimen de internados es de 2446, lo que representa un 0,7 por ciento de la población total de 60 años y más. Para el estudio se seleccionaron al azar 4 hogares de ancianos y 30 personas al azar en cada uno de ellos.

4.3 Estimadores

Para estimar los indicadores de la Encuesta se utilizaron Estimadores de Razón, combinados con las técnicas de post-estratificación

La Estrategia de Muestreo desarrollada corresponde con un Muestreo por Conglomerados, Trietápico Estratificado

Las Probabilidades de selección empleadas en el diseño de la muestra fueron las siguientes:

Unidades de Muestreo	Siglas	Nombre	Probabilidades de Selección
Unidad de Primera Etapa	UPE	AGEM	Probabilidad Proporcional al Tamaño
Unidad de Segunda Etapa	USE	Sección	Probabilidades Iguales
Unidad de Tercera Etapa	UTE	1 Persona de 80 años o más o de 60 años o más	Probabilidades Iguales

Luego la probabilidad final de cada elemento de la población se calcula como sigue a continuación:

Se tiene

$$\frac{1}{F} = \frac{a}{V} \frac{V_i}{S_i} \frac{5}{\bar{p}}$$

donde

$$\frac{1}{S_i} = \frac{1}{V_i / \bar{n}}$$

a: # de AGEM en la muestra

V_i : Total de viviendas en la AGEM i -ésima

V : Total de viviendas en la Población

S_i : # de secciones en la AGEM i -ésima

\bar{n} : promedio de viviendas por sección

\bar{p} : promedio de personas mayores de 60 años por vivienda

Se utilizan estimadores de razón, considerando para ello como variable auxiliar la información, sobre población de la Estadística Oficial emitida por la ONE y se aplica una Post-Estratificación por Sexo y grupos etáreos (60-64, 65-69, 70-74, 75-79, y 80 y más), esto da lugar a 10 categorías.

Estimador de Totales

$$\hat{Y} = \sum_h \sum_a \sum_s \sum_i W_i y_{\text{hasi}}$$

Donde

y_{hasi} Es el valor de la variable de interés en la unidad i-ésima de la sección s, de la AGEM a-ésima del estrato h-ésimo.

$W_i = \alpha_{hc} F_{hasi}$ Es el factor de ponderación final de la unidad i-ésima (de la sección s-ésima de la AGEM a-ésima del estrato h-ésimo) que pertenece a la categoría c.

$\alpha_{hc} = \frac{P_{hc}}{\hat{p}_{hc}}$ Es el factor de ponderación de la categoría c del estrato h-ésimo

F_{hasi} Es el inverso del Producto de las Probabilidades de Selección conforme al Diseño muestral empleado, de la unidad i-ésima de la sección s, de la AGEM a, del estrato h.

Y se define a partir de:

P_{hc} El Total de Población de la categoría c del estrato h-ésimo. Información de la Estadística Oficial de las cifras de población.

$\hat{p}_{hc} = \sum_a \sum_s \sum_i y_{hasi}^{(c)} F_{hasi}$ El Total de Población Estimado a partir de la encuesta de la categoría c del estrato h-ésimo.

Donde

$$\gamma_{hasi}(c) = \begin{cases} 1 & \text{si la unidad } i\text{-ésima, de la sección } s\text{-ésima,} \\ & \text{de la AGEM } a\text{-ésima del estrato } h\text{-ésimo} \\ & \text{que pertenece a la categoría } c \\ 0 & \text{otra situación} \end{cases}$$

Estimadores de Razón

Se calculó la razón de dos variables como el cociente de dos estimadores de razón:

$$\hat{R} = \frac{\hat{Y}}{\hat{X}} \quad \text{Donde } \hat{X} \text{ se define de forma similar a } \hat{Y}$$

Estimadores de los Errores de Muestreo

El método que se empleó para el cálculo de los errores de muestreo corresponde con el "Ultimate Cluster". Se utilizó el paquete de programas STATA.

Precisión de los Resultados

La precisión de los resultados se evalúa a través del Coeficiente de Variación que es el cociente entre la desviación estándar y la estimación para cada indicador.

Interpretación del Coeficiente de Variación

La interpretación de los Coeficiente de Variación (C.V.) de las estimaciones se realiza de la siguiente forma:

- Coeficiente de Variación (C.V.) menor del 5%, la estimación del indicador es muy Buena.
- Coeficiente de Variación (C.V.) entre el 5% y el 10%, la estimación del indicador es Buena.
- Coeficiente de Variación (C.V.) entre el 10% y el 15%, la estimación del indicador es Aceptable.

- Coeficiente de Variación (C.V.) entre el 15% y el 20%, la estimación hay que utilizarla con precaución.
- Coeficiente de Variación (C.V.) mayor del 20%, la estimación del indicador NO es buena y sólo se tomará como cifra indicativa para el análisis del indicador obtenido en momentos distintos.

Se calcularon los coeficientes de variación de algunos de los principales indicadores utilizando **STATA 7.0**. Se incluyen en los cuadros las estimaciones de indicadores seleccionados y los coeficientes de variación.

Estos coeficientes de variación permiten calcular los intervalos de confianza de las estimaciones obtenidas. Estos intervalos se calculan empleando la fórmula:

$$I.C.(Y_{est}) = \left(Y_{est} - (t * Y_{est} * C.V.(Y_{est})); Y_{est} + (t * Y_{est} * C.V.(Y_{est})) \right)$$

donde t es el percentil de la distribución normal, que a un nivel del 95% de confiabilidad toma el valor de 1.96.

Las estimaciones de las encuestas no están referidas a valores puntuales, sino a valores que se mueven dentro de un intervalo de confianza como el descrito anteriormente, lo que significa que la muestra se diseñó de forma tal que si se tomaran 100 muestras de igual tamaño y diseño, en 95 de ellas el verdadero valor del indicador quedaría dentro de ese intervalo.

5. Captación de los datos

El cuestionario principal SABE, fue diseñado por un comité regional integrado por investigadores del equipo SABE de cada país y por expertos en cada una de las temáticas abordadas en la encuesta, posteriormente y a partir de las pruebas pre-piloto y piloto se adecuó el lenguaje teniendo en cuenta particularidades y especificidades nacionales así como también se eliminaron o adicionaron preguntas u opciones de respuestas de acuerdo con los intereses específicos de cada país.

5.1 Diseño de cuestionarios y temas cubiertos

En el caso específico de Cuba el cuestionario principal fue rediseñado por el grupo de investigadores del Centro de Estudios de Población y Desarrollo (CEPDE) y el Centro Iberoamericano de la Tercera Edad (CITED); y como parte de una estrategia para facilitar el trabajo, se dividió el cuestionario básico en dos cuestionarios, uno que contenía las Secciones de la A hasta la J.2 (Cuestionario Individual) y otro que contenía las Secciones K, L y M (Cuestionario de Mediciones). También se utilizó un tercer cuestionario que fue el del cónyuge, para una entrevista corta en los casos en que procedía, el que contenía solamente las primeras 6 secciones, desde la Sección A hasta la primera página de la F.

Cuestionario Básico

Sección A. Datos Personales Año de nacimiento, años cumplidos, país de nacimiento, lugar de residencia durante los primeros 15 años de vida, si sabe leer y escribir un recado, si fue a la escuela, último grado aprobado, si vive solo o acompañado actualmente; si hace 5 años, vivía exactamente con las mismas personas o también vivía solo para los que declaran vivir solos; para los que cambiaron el tipo de convivencia en los últimos 5 años, con quienes vivía; causas por las que ya no vive con las mismas personas, si se siente a gusto de vivir con esas personas; si usted pudiera escoger con quien le gustaría vivir; lugar de residencia hace 5 años; para los que se mudaron, razón por la que vive en este lugar; si la razón era estar con o cerca de los hijos otros familiares u amigos decir la causa; religión; importancia de la religión en la vida de los ancianos; color de la piel; historia de uniones, número de hijos nacidos vivos; tenencia y número de hijastros e hijos adoptados; total de hijos, hijastros e hijos adoptivos que siguen vivos; sobrevivencia de los padres, lugar de residencia de los padres y edad a la que murieron si procede.

Sección B. Evaluación Cognitiva Autoevaluación de la memoria; evaluación minimal modificada y para aquellos que alcanzaron 12 puntos o menos en el minimal y tienen alguna persona que pueda contestar algunas preguntas, se aplicó la batería de preguntas de habilidad funcional (Pfeiffer).

Sección C. Estado de salud. Autoevaluación de la salud y una serie de preguntas “alguna vez un doctor o una enfermera le dijo que tiene...” para cada una de las 9 condiciones de salud siguientes: (Hipertensión, diabetes, cáncer, Enfermedad Pulmonar Crónica, Enfermedad coronaria, angina, enfermedad congestiva u otros problemas del corazón, Embolia, derrame, ataque, isquemia o trombosis cerebral, Artritis, reumatismo o artrosis y osteoporosis). Un número de preguntas específicas sobre los tratamientos que la persona puede estar siguiendo y si la persona siente que su condición está mejor, igual o peor que hace 12 meses.

También se preguntó sobre incontinencia urinaria y fecal y si la persona había tenido algunos de los siguientes problemas en los últimos 12 meses: dolor en el pecho, hinchazón persistente de los pies y tobillos, falta de respiración, mareos persistentes, dolor o problemas de espalda, dolor de cabeza persistente, fatiga o cansancio severo, tos persistente, flemas o silbido en el pecho, problemas de las articulaciones, náuseas persistentes y vómitos, transpiración excesiva o sed persistente.

Y seguidamente otros detalles acerca de la salud de los ancianos como son visión de cerca y lejos, sentido de la audición, salud bucal.

Preguntas específicas de género, referidas a los últimos dos años, en el caso de las mujeres: i) examen de mamas, ii) Prueba Citológica, iii) Histerectomía, iv) Última menstruación, v) Si toma estrógenos.

En el caso de los hombres: i) examen de próstata y síntomas como ii) orinar con frecuencia, iii) chorro débil y pequeño y iv) ardor al orinar u orinar con frecuencia durante la noche.

Le siguen problemas Nerviosos o Psiquiátricos con algunas preguntas relacionadas con ellos. Si ha tomado alguna medicina contra la depresión, y la batería de preguntas para evaluar depresión geriátrica (Jesavage).

A lo que siguió, un screening mini nutricional y la autoevaluación de su estado nutricional; además se incluye en esta sección una batería de preguntas para evaluar factores de riesgo de enfermedades no transmisibles como son; ingestión de bebidas alcohólicas y hábito de fumar, actividades físicas y recreativas.

Y finalmente preguntas relacionadas con enfermedades y bienestar durante la infancia (primeros 15 años de vida).

Sección D. Estado Funcional. Preguntas sobre las actividades básicas de la vida diaria (abvd); preguntas sobre actividades instrumentadas de la vida diaria (aivd) y para aquellos que tenían dificultades, se preguntó sobre el uso de algún medio o instrumento de adaptación o de apoyo o si recibía asistencia de alguna persona para la realización de cada una de las actividades, Se preguntó a aquellos que tienen dificultades con los abdv y los aivd cuanta ayuda reciben, con qué frecuencia, por cuanto tiempo y de quién reciben la ayuda mencionada.

Sección E. Medicinas. Preguntas sobre medicamentos y remedios que una persona esta tomando o utilizando; el nombre de la medicina; quien la recetó, cuanto tiempo la ha estado usando; como la obtuvo; quien pago por ella. Adicionalmente, cuanto ha gastado en medicinas el último mes y si no ha podido comprar las medicinas recetadas, si ya no toma durante el último mes y por qué.

Sección F. Uso y accesibilidad a servicios. Preguntas sobre cobertura de los servicios de salud; tipos de seguros de salud; los servicios cubiertos por el plan. Lugar al que fue por consulta médica sobre su salud durante los últimos doce (12) meses. En los últimos 4 meses: hospitalizaciones, atención ambulatoria, pruebas de diagnóstico, tiempos de espera, medicinas recetadas, quién pago los gastos y cuanto pagó.

Sección G. Red de apoyo familiar y social. Número de personas viviendo con el entrevistado; características de cada uno de los miembros de hogar (sexo, relación de parentesco, estado marital, edad, educación y condición de trabajo). Tipos de asistencias que proporcionan cada miembro del hogar al entrevistado y tipo de ayuda que el entrevistado proporciona a cada miembro del hogar. También se pregunto la cantidad de tiempo durante el cual la ayuda fue proporcionada. Las mismas preguntas se realizaron a los hijos y hermanos que no viven con el entrevistado así como a otros familiares que proporcionan o reciben algún tipo de asistencia al/del entrevistado.

Adicionalmente se preguntó si durante los 12 últimos meses la persona recibió asistencia de alguna institución u organización en la comunidad o si el entrevistado proporcionó algún servicio voluntario a alguna organización de la comunidad.

Sección H. Historia laboral y fuentes de ingreso. Preguntas sobre el trabajo actual: tipo de trabajo, cantidad ganada, razones para seguir trabajando, etc. Si no trabajó, por qué no lo hizo. Ocupación realizada durante la mayor parte de su vida, horas trabajadas, razones para cambiar de trabajo, problemas de salud relacionados con ese trabajo, etc. Ingresos provenientes del trabajo, de la jubilación, pensiones, beneficios, giros del exterior, de los miembros de la familia en el país, del alquiler de propiedades y otras inversiones, subsidio, y otras fuentes.

Además se indagó sobre cuánto percibe de cada una de estas fuentes; cuán frecuentemente y cuántas personas dependen de ese ingreso. Preguntas si la persona paga sus gastos en vivienda, alimentación, vestimenta, gastos médicos y transporte. Finalmente una autoevaluación de su bienestar económico.

Sección J. Características de la vivienda. Tipo de vivienda: casa sola, apartamento, cuarto, etc. Propiedad de la vivienda: propia, alquilada, prestada, usufructo gratuito, medio básico u otro. Si la casa dispone de electricidad, agua potable, drenaje; material del piso, número de habitaciones, cocina y 14 bienes que la persona pueda tener en el hogar: refrigerador, televisión, teléfono, automóvil, etc.

Al cuestionario Individual de Cuba le fueron adicionadas dos secciones complementarias para poder determinar el nivel socioeconómico de los entrevistados; ellas fueron la J.1 Características de la vivienda y el Barrio y la J.2 Características Económicas.

Sección J.1 Características de la Vivienda y el Barrio Recogió materiales predominantes en el techo y en las paredes de la vivienda, afectaciones constructivas, piezas de la misma, existencia y ubicación del servicio sanitario, existencia y ubicación de baño o ducha, frecuencia con que recibe agua, forma en que llega el agua que utiliza a diario a la vivienda, calidad de la iluminación, aceras y calles, higiene y ambiente social.

Sección J.2 Características Económicas. Ingresos en Moneda nacional y en divisas de cada uno de los integrantes del hogar, Estímulos materiales que reciben, periodicidad y valor en divisas.

Cuestionario de Mediciones

Sección K. Antropometría. Altura de la rodilla; circunferencia del brazo, cintura, cadera, pliegue tricúspital, peso, circunferencia de la pantorrilla, ancho de muñeca; fuerza de la mano.

Sección L. Flexibilidad y movilidad. Pruebas de balance sobre el pie; levantarse con ambos pies en posición tandem, levantarse y sentarse sin ayuda; levantarse de una silla con los brazos cruzados sobre el pecho, doblarse y agacharse.

Al cuestionario Individual de mediciones de Cuba le fue adicionada la siguiente sección complementaria para la evaluación de una escala geriátrica.

Sección EGEF-C. Escala Geriátrica de Evaluación Funcional

Sección N. Preguntas y Comentarios Finales trata de recoger si el enumerador observó o tuvo algún indicio de violencia abandono o maltrato, para con el entrevistado.

Screening opcional: Cuba incluyó en su cuestionario de mediciones el opcional de toma de tensión arterial; para lo cual los equipos de mediciones estuvieron dotados de esfigmomanómetros y estetoscopios con la calidad requerida para tales fines.

Módulos Especiales

Fue seleccionada una muestra de personas institucionalizadas la que se tomará como ensayo para estudios posteriores de este tipo de anciano. A estas personas les fue aplicado el cuestionario SABE adaptado para Instituciones al que se adicionó un conjunto de preguntas dirigidas específicamente a las condiciones del inmueble y a las características del mismo.

5.2 Procedimiento de campo

Procedimiento de entrevista

En Cuba fueron entrevistadas 4816 viviendas en las que se encontró un total de 1998 adultos mayores y fueron entrevistados 1905 y 644 cónyuges. De las entrevistas a los adultos mayores las mismas se realizaron de forma directa a 1661 de ellos, con sustituto 176 y con apoyo 68.

Luego de identificarse y hacer una breve explicación del motivo de la visita los enumeradores procedían al llenado de **El Formulario de información sobre la Vivienda** que se llenó en cada vivienda seleccionada, y se anotó en el mismo los códigos de localización de la vivienda, que aparecían registrados en la guía de visita.

A la llegada a la vivienda cada enumerador tenía instrucciones de dar lectura al lema que aparecía en el reverso del formulario en un recuadro, lo cual servía de introducción. En el mismo se registró el total de personas residentes permanentes en la vivienda y la relación de los mismos comenzó por el jefe del núcleo, el resto de las personas fue registrada por orden de edad de mayor a menor.

Los datos recogidos de cada persona fueron el sexo y la edad, marcándose con una equis (X) los elegibles para este estudio que como ya se conoce eran las personas de 60 años o más y se circulada la de aquellos que tuvieran 80 años y más. Si no había personas elegibles se daba por terminada la entrevista.

En este modelo quedaron registradas además todas las visitas que se realizaron a las viviendas, con el objetivo de contactar con las personas que residían en la misma, anotándose la fecha, nombre del entrevistador, y el código de resultados de cada visita, según la lista de códigos del propio modelo.

Si habían personas elegibles, se procedía a llenar la **Hoja de Selección del Individuo**, anotando los mismos códigos de identificación de la vivienda.

Selección de las personas en las viviendas

Si en la vivienda había una persona de 80 años o más esa persona quedó automáticamente seleccionada, si había más de una, se anotaban y se procedía a seleccionar una de esas personas sin incluir a los menores de 80 años. Si no había personas de 80 años o más se procedía a relacionar y seleccionar una entre todos los adultos de 60 años o más. Esta selección se realizó de la siguiente forma:

Se ubicaba en la columna que correspondía al número de la vivienda y se identificaba la fila correspondiente a la última persona registrada, el número que aparecía en la casilla de la intersección de la fila con la columna se circulaba y este indicaba el número de la persona a seleccionar.

La persona que resultaba seleccionada se identificaba circulando el número de orden que le correspondía en la primera columna (No). Una vez seleccionado un adulto mayor se realizaba la entrevista de él y su cónyuge si lo tenía y al finalizar se llenaban los dos modelos con el resultado de la visita, con los códigos de resultado correspondiente.

Una vez seleccionado un adulto mayor se realizó la entrevista de él y su cónyuge si lo había, pero antes debía darse lectura a la declaración de consentimiento y al finalizar entonces debían llenarse los dos modelos con el resultado de la visita, con los códigos de resultado correspondiente.

La Declaración de Consentimiento informado es un principio ético de respeto a la autonomía del individuo y no una simple formalidad sino que se considera un

procedimiento fundamental para la protección de los derechos de las personas que participan en el estudio. El proceso de obtener el consentimiento informado de un adulto mayor requiere que todas las personas involucradas en el estudio pero fundamentalmente el entrevistador entendiera claramente que el derecho a dar consentimiento no es delegado a otra persona por razón de edad. Este derecho es del individuo y no puede ser dado a o negado por ningún otro miembro del hogar, siempre y cuando el adulto mayor tuviera capacidad cognoscitiva para entender que tenía la opción de aceptar participar en la encuesta o rehusar su participación, poder hacer un juicio de si quería o no participar y comunicar su decisión al entrevistador.

El consentimiento informado de todos los participantes se obtuvo verbalmente de acuerdo a las recomendaciones dadas por el Comité de ética y siguiendo las normas establecidas para obtenerla en encuestas poblacionales con adultos mayores y para ello se utilizó el Formulario A (se anexa al final del informe).

6. Procesamiento de datos

La encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento en las Américas, (SABE) es una encuesta sumamente compleja por lo que requiere de un análisis profundo y minucioso con el fin de obtener un sistema computacional que obtenga una información con la mayor veracidad posible en una encuesta de esta categoría.

El alto grado de complejidad de esta encuesta viene dado por los diferentes materiales de información de campo que contiene y lo extenso y complejo de sus cuestionarios.

La encuesta SABE de forma general consta para su análisis de sistema con los siguientes materiales de información:

- Formularios de la vivienda.
- Modelo de Selección del individuo y cónyuge.
- Modelo de resultado de la visita de salud.
- Cuestionarios de la Encuesta (al adulto mayor, de mediciones al adulto mayor y al cónyuge).

En la etapa de Análisis de Sistema del proyecto SABE se procedió en primer lugar al estudio de la relación de los formularios de vivienda, los resultados de los modelos de selección del individuo y cónyuge, de la visita de salud y de los cuestionarios.

Del estudio de esta relación se estableció en primer orden la organización de la información mediante una identificación común entre los diferentes materiales de información y de esta se originaron los universos de información a nivel de municipio y los clasificadores que controlaban la carga de información, puesto que de los formularios de vivienda se obtiene la cantidad de viviendas que

conformaron la encuesta y de los modelos de selección cuantos y que adulto mayor fue encuestado y medido, y la de sus cónyuges.

Se analizó también que software o paquete de sistema se podía utilizar en la programación y como estructurar la misma por lo compleja y extensa de la encuesta llegando a la conclusión que lo más conveniente era la CENTRY del IMPS 4.0, el CLIPPER, Foxpro para Window y el Factory

En el análisis se establecieron cinco grandes procesos de la información:

- Captación de la información
- Validación de información
- Preparación de la información
- Expansión de los valores muestrales
- Estandarización de la base de datos

Ante la complejidad y variabilidad de la información a procesar se decidió estructurar los procesos de captación y validación por

- Formularios de Viviendas y resultados de la hoja de selección al individuo y cónyuge
- Cuestionario del adulto mayor
- Cuestionario del cónyuge
- Formulario de mediciones
- Cuestionarios de Mediciones
- Cuestionarios del adulto mayor en asilo
- Cuestionario de mediciones en asilo.

Ante esta diversidad de información y en momentos diferentes de levantamiento se diseñaron y programaron 4 sub-sistemas cada uno con todos sus procesos

- Adulto Mayor
- Cónyuge
- Mediciones
- Adulto Mayor en Hogares de Ancianos.

Por el volumen de información de los cuestionarios se estructuraron en 46 tipos de registros; un registro común que lo constituye la identificación de la información y diferentes tipos de registros con estructuras lineales.

La captación de los diferentes tipos de información se programó en CENTRY del sistema IMPS 4.0, por lo que se diseñaron 7 diccionarios de datos uno para cada tipo de información al igual que los programas de captación de datos de cada uno pues resultaban estructuras diferentes.

El proceso de validación de los cuestionarios por ser demasiado extenso y complejo se determinó realizarlo de forma modular y con bases de datos

relacionadas diseñadas según las secciones definidas en el cuestionario, tomando como pauta la normalización de la información de cada una. De esta forma cada sección del cuestionario donde no existe repetición y hay homogeneidad en la información como las secciones B, C, F, H, J y N constituyen una tabla o fichero dbf y las demás se diseñaron en varias tablas o ficheros dbf, tratando con estos requerimientos la finalidad de tener la base de datos normalizada y poder utilizar las ventajas de trabajar con tablas relacionadas. Esta programación extensa y compleja se realizó en Clipper con un total aproximado de 70 módulos de programas que relacionan 46 tablas o ficheros dbf que contenían los datos a validar por cada sub- sistemas en total se programaron 160 módulos en Clipper .

Este proceso de validación constó de varios chequeos:

- De identificación en el cual se chequeó la identificación contra los clasificadores establecidos según los formularios de la información que debía estar presente.
- De estructura de los ficheros donde se revisa que estén presente todos los registros que deben venir en cada cuestionario.
- De rango, revisándose que los valores estén en los rangos permitidos en cada campo.
- De consistencia donde se revisa que los campos tengan sus valores lógicos entre ellas.

La limpieza de la información se logró con varias vueltas de validación y arreglo por secciones hasta obtener los ficheros sin inconsistencias según las reglas de validación establecidas.

El proceso de preparación de la información se concibió con varios módulos de programación:

- Fusión de la información mediante el cual se unió en una sola tabla la información captada y validada por municipios.
- Preparación para la expansión. Programa de 21 módulos confeccionado en Clipper, y mediante los cuales se confeccionó una base de datos con 21 tablas con la información recopilada en la encuesta. También se programó de igual forma 11 módulos para la información del cónyuge y 21 para la del adulto mayor en Hogares de Ancianos, obteniéndose en total 3 bases de datos; Adulto Mayor, Cónyuge y Adulto Mayor en Hogares de Ancianos.

La expansión de los valores muestrales se realizó a través de la aplicación Factory realizada en Delphi mediante la cual se le asigna el factor de ponderación a cada elemento o individuo de la muestra para reproducir el total de la población.

La estandarización de la base de datos se programó en Foxpro para Windows donde se realizaron 10 módulos de programa para generar 10 tablas que guardaran los requerimientos necesarios para que pudieran ser utilizadas en el software STATA.

Estos requerimientos son, citando algunos:

- Que todas las tablas debían tener 1905 artículos (tamaño de la muestra total)
- Que las preguntas múltiples debían aparecer con la totalidad de los campos posibles y sus respuestas en la posición del campo según el código de respuesta
- Que los registros repetitivos se posicionaron todos en una sola tabla con la cantidad de campos máxima que se acepte en la encuesta ejemplo matrimonios, medicamentos, etc.

7. Control de la Calidad

El control de calidad se estableció en las distintas fases del trabajo de la investigación.

En la fase de preparación de la encuesta se realizó una prueba pre-piloto y una prueba piloto, que incluyó la prueba de las mediciones, lo cual resultó muy útil dado que se cambió la estrategia de trabajo de campo de las mediciones.

En la organización de la encuesta se contó con supervisores, y oficinistas a nivel municipal y provincial, los cuales revisaron todos los cuestionarios de la encuesta.

Las tareas de control del trabajo de campo incluyeron por parte de los supervisores, visitas de acompañamiento de forma conjunta con los entrevistadores a una muestra de los hogares de cada entrevistador a su cargo para verificar el desenvolvimiento del entrevistador en el desarrollo de la entrevista. Además de visitas de reentrevista a una muestra de hogares de cada entrevistador, para verificar que efectivamente que ese hogar se visitó y se verificaron preguntas seleccionadas del cuestionario.

Ambas tareas se realizaron a lo largo de la encuesta, en los primeros días se hizo más énfasis en las visitas de acompañamiento y en las siguientes semanas en las visitas de reentrevistas, se emplearon modelos de trabajo para controlar estas actividades. (ver anexos)

La carga de la información se realizó con un programa elaborado a los efectos que tenía incluidas algunas reglas elementales de validación tanto lógicas como de rango. Se introdujeron primero los modelos denominados formularios de la

vivienda los cuales sirvieron para controlar el trabajo de digitación de los cuestionarios lográndose el chequeo del universo de unidades de muestreo que intervinieron.

Verificación de la entrada de datos con doble digitación al 100 por ciento de los cuestionarios, con un programa adecuado para ello.

Luego de tener la información digitada y verificada en bases de datos, se aplicó un programa de validación muy complejo que se elaboró especialmente para este fin, que realizaba el chequeo detallado de rango y lógico de todas las preguntas del cuestionario, así como los pases a otras preguntas de acuerdo con las modalidades de respuesta.

Todas las inconsistencias se revisaron con los cuestionarios directamente, en algunos casos se utilizó el teléfono para aclarar alguna duda y en más de 70 casos se visitaron las viviendas para verificar mediciones.

Se realizaron revisiones de las bases de datos estandarizadas y llevadas a formato rectangular, fundamentalmente de aquellas que incluían los datos de la historia conyugal, la relación de los integrantes de cada hogar, con todos sus datos entre otros. También se revisaron en detalle los programas de construcción de variables nuevas para el análisis.

En general se puede señalar que en todas las fases del trabajo se establecieron controles de acuerdo con las normas establecidas en este tipo de investigación, que garantizaron la calidad del Proyecto en su conjunto.

II.- Síntesis y discusión de Resultados

Marco Social

1. En el marco del Estudio SABE, Cuba resulta un país en proceso de envejecimiento poblacional, en donde el año 2000, con una población total de 11.2 millones de habitantes, el 14.3 por ciento tenía 60 años y más de edad.

Ciudad de La Habana, por su parte era - y continúa siendo- la segunda provincia más envejecida del país con un porcentaje de población de 60 años y más en el 2000, de 16.9 por ciento.

2. El envejecimiento poblacional en Cuba se inscribe en lo avanzado del proceso de transición demográfica del país y sus territorios, en donde la fecundidad como principal factor reductor del crecimiento poblacional, se mantiene por debajo de los niveles de reemplazo desde hace más de veinticinco años y la mortalidad igualmente mantiene niveles muy bajos.

Una Tasa Global de Fecundidad de 1.6 hijos por mujer y una esperanza de vida al nacimiento de 76.15 años, son un ejemplo de ello.

Por su parte la esperanza de vida geriátrica (60 años y más), resulta superior a los 21 años para ambos sexos, siendo aproximadamente 20 años en el caso de los hombres y 22.2 en las mujeres.

3. Los avances sociales alcanzados en el país, en un proceso de interrelación de Población y Desarrollo, han modelado un patrón demográfico, similar al conjunto de los países desarrollados, que se expresa en los valores señalados con anterioridad, en donde los bajos valores de la fecundidad y de la mortalidad describen una situación inédita en su evolución perspectiva, proyectándose decrecimientos absolutos de su población y un intenso envejecimiento poblacional en las próximas dos décadas.

Cuando se plantea que para el 2025, uno de cada cuatro cubanos tendrá 60 años y más, se avizora un proceso, el cual no solo la evolución demográfica de los últimos años tiende a confirmar, sino que comienza a perfilarse su adelanto, en el entorno del 2020.

4. En este marco no debe dejar de señalarse, el hecho de que en los últimos años, sobre todo a partir del 2000, a posteriori del levantamiento informativo de SABE y en el entorno de los denominados Programas Sociales de la Revolución, se han generado decenas de estos, tendentes a perfeccionar y potenciar de forma significativa, aspectos relacionados con la educación, la salud, la seguridad y asistencia social, la cultura y otros sectores de la sociedad que en su conjunto han ido redundando en una

mayor calidad de vida de la población, la cual debe incrementarse perspectivamente.

Importante resulta a los fines de este análisis, el desarrollo de los programas relacionados con los adultos mayores, su atención y asistencia social, que inclusive han conllevado aumentos en las pensiones de menores montos en un sistema de cobertura universal y una mejora de la disponibilidad de medicamentos y atención de salud al anciano.

Igualmente esta atención ha sido beneficiada con el desarrollo del trabajo social directo e individualizado en el hogar, a partir de la graduación de miles de trabajadores sociales en estos últimos años.

Acciones todas ellas de trascendencia que permitirán una contextualización adecuada a la interpretación de los resultados del estudio SABE, en un escenario donde a pesar de las fuertes y continuas restricciones que impone el bloqueo económico y financiero impuesto y recrudecido por las sucesivas administraciones presidenciales de Estados Unidos, el país avanza y con él sus adultos mayores, los que por demás mantienen decorosas y estables condiciones de vida, salud y bienestar, constatadas por esta investigación.

Características de la Población y de los Hogares y Familias estudiados. Transferencias Intergeneracionales.

5. La población de Ciudad de La Habana de 60 años y más obtenida en el Estudio SABE, en el año 2000 fue de 363 669 personas de las cuales un 59.1 por ciento fueron mujeres y un 40.9 hombres.

Por edades la mayor parte corresponden a personas de 60-74 años con un 69.1 por ciento.

El índice de feminidad nos da una medida de la representatividad del sexo femenino. En Ciudad de La Habana este índice alcanza un valor de 144 mujeres por cada 100 hombres para el total de población estudiada; por edades el comportamiento es el esperado, a mayor edad existe una mayor presencia del sexo femenino; así, para el grupo etareo 60-74 el índice alcanza un valor de 130 mujeres por cada 100 hombres y para el grupo de 75 y más el valor es de 185 por cada 100 hombres.

6. En la población adulta mayor de Ciudad de La Habana, se encuentra una distribución según estado conyugal que favorece a las personas casadas o unidas, ellas representan el 40 por ciento, seguida por las viudas cuya proporción es de aproximadamente un 33 por ciento. Este análisis por sexos señala un comportamiento diferente en el femenino; en el que se constata una mayor proporción de viudas (45%), las

que de conjunto con las separadas y divorciadas (29%) ascienden a un 74 por ciento, una considerable proporción de mujeres sin vínculo conyugal actual, lo que pudiera estar indicando también una elevada proporción de mujeres solas no solo desde el punto de vista de pareja sino también atendiendo a los arreglos familiares ya que una de las consecuencias del envejecimiento es la reducción del tamaño promedio de familia producto del propio descenso de la fecundidad, lo que pudiera redundar en un aumento también de los hogares unipersonales principalmente de mujeres.

En el caso de los hombres a diferencia de las mujeres, se observa una más alta proporción de casados o unidos (64%) y de separados o divorciados (18%), comportamiento que se justifica con la sobrevivencia de las mujeres.

Por edades se tiene que para el total de la población de Ciudad de La Habana, con edades comprendidas entre 60 y 74 años, la más elevada proporción se ubica en la categoría casados o unidos y en las personas con 75 años y más en los viudos.

El 97 por ciento de los adultos mayores de Ciudad de La Habana ha estado alguna vez casado o unido, o lo que es igual, alguna vez ha vivido en pareja.

7. El 89.4 por ciento del total de adultos mayores de Ciudad de La Habana tienen hijos vivos, frente a un 11 por ciento que declaró no tener hijos vivos.

Con el aumento de la esperanza de vida de la población, aumenta las probabilidades de que cada vez sea mayor el número de adultos mayores que tienen sus padres vivos o al menos uno de los dos, este estudio constató que en Ciudad de La Habana aproximadamente el 3 por ciento de los ancianos, tiene el padre vivo y alrededor de un 9 por ciento tienen la madre viva, este resultado se justifica también con la existencia de una sobremortalidad masculina a lo largo de la vida, lo que explica el hecho de que un por ciento considerablemente superior de ancianos tenga la madre viva y no el padre.

8. La población de 60 años y más de Ciudad de La Habana según nivel educacional, muestra una proporción por niveles educacionales de primaria (50.7%), media (38.5%), universitaria (5.7%) y sin nivel (4.6%), valores estos relevantes y que confirman los beneficios de los programas educacionales en el país, aún en personas de edades avanzadas. El que más de un 44 por ciento de los adultos mayores tengan nivel educacional alcanzado de medio o superior resulta una constatación de lo afirmado.
9. El 44 por ciento de los adultos mayores de Ciudad de La Habana no pertenecen a cultos religiosos alguno, con claras diferencias por sexos, en los hombres esta no pertenencia es mayor que en las mujeres.

En los que pertenecen a cultos la mayoría declararon el catolicismo, los cultos sincréticos y religiones protestantes y otras.

10. El 76.3 por ciento de los adultos mayores de Ciudad de La Habana reciben ingresos por pensión o jubilación, con un porcentaje mayoritario en los hombres, de 81.8 por ciento y en el caso de los “mayores entre los mayores”, (75 y más) llega a ser casi del 81.3 por ciento del total y en las mujeres del 72.4 por ciento.

Estos valores ponen de relieve la efectividad de las medidas tomadas para la incorporación de las mujeres al trabajo y los programas para garantizar pleno empleo así como las leyes de seguridad social que protegen a todos los trabajadores en Cuba, posibilitando también que al quedar viudas reciban una pensión del cónyuge en el caso de aquellas mujeres que nunca trabajaron.

11. En cuanto a la condición de actividad, en un país en que la jubilación no es mandatoria por edad y con una alta esperanza de vida geriátrica, el 20.5 por ciento de los adultos mayores del total se declararon trabajando, con un predominio de los hombres en 60-64 años que alcanzó un 43 por ciento.

Del total que declararon trabajar, la casi totalidad lo hacen en el mercado laboral formal y solo con valores inferiores al 1 por ciento en sus respectivas categorías, lo hacen en el mercado laboral familiar y en el informal.

12. En relación con el bienestar que significan las condiciones de la vivienda y su propiedad, se constataron en el estudio datos significativos. El 90.9 de las viviendas según índice clasificatorio establecido, lo hicieron entre regulares y buenas, con un predominio de las primeras. Un 9.1 por ciento clasificaron como malas.

Si a lo anterior se une al hecho de que la casi totalidad de los adultos mayores, viven en viviendas propias (ya pagadas y en pago) o con usufructo gratuito, nos encontramos entonces que un satisfactor material importante como es el habitat, tiene en esta etapa de la vida en Ciudad de La Habana, un comportamiento general positivo y en todo caso más favorable que en personas de otras edades.

Las condiciones de hacinamiento en cuanto a número de personas por piezas y por viviendas, muestran casi un 77 por ciento entre regulares y buenas.

Una quinta parte de los adultos mayores viven en condiciones de hacinamiento, o sea más de dos personas por piezas para dormir,

predominando con estas condiciones los hombres y los más jóvenes entre los adultos mayores en ambos sexos.

13. También resultan favorables las disponibilidades de luz eléctrica, agua entubada, drenaje, local para cocinar, baño dentro de la casa y conexión de agua en el baño, con valores generalizados que recorren respectivamente desde un 99.9 por ciento del total de viviendas donde residen adultos mayores electrificadas a un 95 en cuanto a conexión de agua en el baño respectivamente.
14. El combustible para cocinar, señalado entre las condiciones de las comodidades de las viviendas, registraba, aproximadamente un 73 por ciento de las viviendas de adultos mayores donde se cocinaba con gas o con electricidad. Aún en esos momentos el restante 27 por ciento lo hacía con kerosene o luz brillante, lo cual es de suponer que a partir de la ampliación de la producción de gas natural desde el 2000 se ha ido extendiendo la red del gas por tubería en la capital, por lo que puede suponerse que muchos de estos hogares han sido beneficiados con el servicio de gas manufacturado.
15. Otro indicador importante en cuanto a condiciones de vida la tenencia de equipos electrodomésticos, señala valores superiores al 90 por ciento de los hogares de adultos mayores con refrigeradores, ventiladores y televisores, equipos de los más importantes para nuestro clima y realidades socioeconómicas.

En otros equipos necesarios como lavadoras, el porcentaje de tenencia en los hogares, desciende a un 58 por ciento y el teléfono en algo menos de la cuarta parte de los mismos, lo cual es posible plantearse haya mejorado en los años 2000-2003 con el aumento de la densidad telefónica en la capital a partir de los procesos inversionistas desarrollados.

Solo en el 1 por ciento de las viviendas de los adultos mayores en Ciudad de La Habana, no se reportó ningún equipo en la tenencia de los mismos.

16. En cuanto a los arreglos familiares vital en la vida de nuestros adultos mayores, se encontraron resultados además de novedosos, interesantes e importantes a los fines del establecimiento de políticas y prioridades de apoyo.

Para su estudio se construyeron 10 tipos de arreglos familiares, debiendo aclararse que hubo arreglos que se eliminaron por la no existencia de casos o poca representatividad, como resulta el de ancianos solos con los padres, o con uno de ellos y otros. Cada anciano se ubicó en una de las categorías mencionadas, de acuerdo con el arreglo familiar de su hogar.

Los arreglos fueron:

Solo; con esposo (a); con esposo (a) e hijos; con esposo (a) y nietos; con esposo (a) y otros; con esposo (a), e hijos y otros; con hijos sin esposo (a); con hijos y otros; con nietos; con otros solamente.

17. Se encontró que la mayor proporción de adultos mayores vive con hijos sin esposo(a), los que alcanzan alrededor de un 33.0 por ciento seguidos por los que viven con esposo(a) e hijos (21.3%), de conjunto constituyen los arreglos familiares más comunes en Ciudad de La Habana, al englobar a más de la mitad de la población adulta mayor. Con menores proporciones le siguen los arreglos familiares con esposos(as) y solo con 11.2 y 10.7 por ciento respectivamente, los que más allá de su peso proporcional guardan un especial significado que está directamente relacionado con las características de los integrantes de estas categorías desde el punto de vista de salud, económico y afectivo, los que merecen por este motivo un seguimiento y atención especial.

Resulta interesante el hecho de que a continuación de todos estos arreglos familiares antes mencionados, el que sigue con una más alta proporción sea el de adulto mayor con otros, lo que hace suponer que si bien en este grupo, existen personas que siempre vivieron con otros, también coexisten con estos aquellos que al quedar solos por diferentes motivos, adoptan este tipo de convivencia como estrategia para suplir otras carencias, ya sean desde el punto de vista afectivo o económico.

18. Entre los hallazgos más relevantes se encuentra el rol activo que en la familia y en la sociedad tienen los adultos mayores, estudiándose a través de las redes de apoyo para recibir y dar ayudas y las transferencias.

Más de las nueve décimas partes de esta población recibe alguna ayuda, en primer lugar servicios, luego cosas (categoría investigada en SABE, se refiere a comida, ropa, etc.) y dinero, con diferenciales por género. Las mujeres reciben más ayudas en general, más dinero, cosas y compañía, mientras que los hombres reciben más servicios y cosas. Los más viejos reciben más en general.

Por otro lado las tres cuartas partes de los adultos mayores brindan ayuda, predominando los más jóvenes. Se encontraron diferenciales por género, los hombres dan más ayuda en general, brindan más dinero y cosas, mientras que las mujeres dan más cuidados de niños y compañía.

19. Predominan las ayudas entre: los adultos mayores y los corresidentes tanto para recibir como para dar ayuda, en segundo lugar los hijos que viven fuera del hogar, seguido de hermanos, otros familiares y amigos, y la comunidad.

El número de tipo de ayuda que recibe esta población más frecuentemente es tres, siendo mayor en las mujeres. El tamaño de la red para recibir ayudas que predomina es de dos, en todas las edades, en las mujeres es dos y tres, mientras que en los hombres es menor (dos y uno).

20. Entre las personas que no tienen red para recibir ayuda (menos de la décima parte), predominan los solteros y los separados y divorciados, siendo mayor en los hombres. Población que requeriría especial atención dentro de los programas que se elaboren.

La cantidad de tipos de ayudas que dan los adultos mayores más frecuentes es de tres siendo en los últimos grupos de edad de una por la pérdida de facultades para dar ayuda, incrementándose los que reciben ayuda. El tamaño más frecuente de la red para dar ayuda es de una persona, y los hombres tienen una red mayor que las mujeres para dar.

Entre las personas que no tienen red para dar ayuda, que son algo más de la quinta parte de la población, predominan los solteros y los viudos, en las mujeres es menor.

En cuanto a la reciprocidad en las ayudas resulta un hallazgo el alto porcentaje de personas que reciben y a la vez dan ayuda, (tres cuartas partes de la población estudiada), disminuyendo con la edad y predominando los hombres en todas las edades. Sin transferencias se encuentran el 5 por ciento de la población, siendo mayor en los hombres.

21. Para estudios futuros se deberá profundizar en las ayudas que los adultos mayores necesitan y no reciben, o no reciben en la medida necesaria, y en la satisfacción de las ayudas.

Una vez estudiadas las redes de apoyo con que cuentan los adultos mayores se puede inferir que hasta el presente la familia y los corresidentes en general han sido la fuente fundamental de apoyo, teniendo implicaciones en un futuro la tendencia a la disminución del tamaño de la familia. Se requerirá intensificar las ayudas a las familias por parte de la sociedad y de las instituciones gubernamentales y, deberán fortalecerse las redes de otros familiares, amigos y la comunidad.

Salud, salud funcional y uso y acceso a servicios de salud y sociales.

22. En Cuba los servicios de salud y sociales son universales y gratuitos, cubriendo el cien por ciento de consultas médicas generales y de especialistas, los exámenes indicados, hospitalización y rehabilitación.
23. En el caso específico de las personas de edad en su medio se desarrollan un conjunto de servicios de salud y sociales que ponen en evidencia sus bondades aunque debe quedar claro que algunos, ej. Casas de abuelos, son insuficientes para cubrir las demandas que tienen.
 - 23.1. Equipos Multidisciplinarios de Atención Gerontológica (EMAGs) constituyen servicios de salud destinados al pesquisaje de condiciones o enfermedades que pueden reducir la capacidad de las personas de edad de valerse por si misma y a su atención vertical en la atención primaria.
 - 23.2. Casas de abuelos. Servicios sociales que asumen el cuidado de los adultos mayores por un espacio de 8-10 horas diarias facilitando un proceso de estimulación y socialización en los mismos. Asumen el cuidado de los ancianos que han perdido la capacidad de realizar actividades instrumentadas.
 - 23.3. Círculos de abuelos. Son agrupaciones de carácter informal en la comunidad que promueve la participación del adulto mayor de modo activo y espontáneo en actividades de prevención de salud.
 - 23.4. Ayuda domiciliaria. Servicio Social que incluye los servicios de lavado de ropa y limpieza del hogar a individuos de edad avanzada que viven solos.
 - 23.5. Alimentación. Servicio Social que tiene como objetivo cubrir a bajo costo, la alimentación de los individuos de edad avanzada que viven solos. En caso de ser necesario se asocia al servicio de ayuda económica.
 - 23.6. Reparación de viviendas. Servicio Social destinado a mejorar, las condiciones habitacionales de los adultos mayores que no pueden asumir la responsabilidad de reparar sus viviendas.
24. La clave del éxito de la Atención Comunitaria al Adulto Mayor radica en el trabajo multidisciplinario e intersectorial. En la atención en instituciones sociales, se realizan acciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en los ancianos cuya única alternativa es permanecer en una institución, pero con el apoyo de la familia y la comunidad contribuyendo así a elevar su calidad de vida.

Aunque la mayor alternativa para la atención a los ancianos es la que se desarrolla en la comunidad, en ocasiones resulta estrictamente necesario acudir a la hospitalización, sobre todo cuando un tercio de la población anciana sobrepasa los 75 años con el consiguiente deterioro de las funciones biológicas, psicológicas y de adaptación al medio social directamente proporcionales al incremento de la edad.

La declinación gradual de las condiciones de salud física y mental que acompañan al proceso de envejecimiento individual, la reducción resultante de la esperanza de vida activa y saludable, la reducción o cesación completa de participación en la vida laboral y la mayor dependencia de transferencias de ingresos de fuentes públicas y familiares, determinan que el crecimiento de la población más vieja debe conducir a una creciente demanda de servicios de atención de salud. Dado que la mayoría de las condiciones de salud de las personas mayores son crónicas en vez de agudas, y progresivas en lugar de regresivas, esta demanda también podría implicar un marcado aumento de los gastos de atención de la salud.

25. Algunas de las características de los anteriores procesos captadas por SABE para los adultos mayores de Ciudad de La Habana fueron las siguientes:

Estado de salud

- 25.1. Auto-evaluación de salud. El 80.0 por ciento de los adultos mayores tienen percepción de su estado de salud, que va de excelente a regular, con más de la mitad en esta última categoría (45.7%), percibiéndola mejor los hombres que las mujeres.
- 25.2. Uso de tabaco. Más del 68 por ciento de los encuestados no fuma. Las mujeres fuman menos que los hombres.
- 25.3. Consumo de alcohol. El 76.8 por ciento de los adultos mayores de La Habana no bebieron los tres meses anteriores a la encuesta. Entre los restantes, el 19 por ciento se consideró bebedor social.
- 25.4. Dieta. El 70.3 por ciento consumía lácteos una o más veces al día. El 95.9 por ciento consumía huevos y leguminosas al menos tres veces en la semana. El 69.1 por ciento consumía carnes, pescado o aves al menos tres veces en la semana. Solo el 36.3 por ciento consumía frutas o vegetales dos o más veces al día.

Salud Mental.

- 25.5. Depresión. El 73.2 por ciento de la población estudiada no padece depresión, y solo un 4.2 por ciento clasifica con depresión severa. Padeciéndola los hombres menos que las mujeres.

Síndromes Geriátricos.

- 25.6. Deterioro cognitivo. El 91.5 por ciento de la población no padece deterioro cognitivo, es menor en los hombres que en las mujeres.
- 25.7. Incontinencia urinaria. El 85.3 por ciento de los encuestados no padece de incontinencia urinaria, es menor en los hombres que en las mujeres.
- 25.8. Agudeza visual. Como promedio, 7 de cada 10 personas encuestadas de edad consideran que no tienen problemas con su visión, tanto de cerca como de lejos.
- 25.9. Agudeza auditiva El 75.1 por ciento de las personas estudiadas refieren que su audición, con o sin audífonos es excelente, muy buena o buena.
- 25.10. Caídas. El 24.3 por ciento de la población estudiada se ha caído en el último año. Con respecto al sexo, las mujeres se caen el doble que los hombres.

Enfermedades crónicas

- 25.11. Hipertensión. El 44 por ciento de las personas mayores del Estudio declaran ser hipertensos, con predominio de las mujeres. Esta cifra se basa en el reporte de la enfermedad, no en la medición de la tensión arterial.
- 25.12. Diabetes. Declararon ser diabéticos el 14.8 por ciento, con un predominio en el sexo femenino.
- 25.13. Enfermedades del corazón. Las enfermedades del corazón en Ciudad de la Habana presentan tasas de 24.1 por ciento en adultos mayores, la mayor afectación se encontró en las mujeres a cualquier edad.
- 25.14. Enfermedades cerebrovasculares. Las Enfermedades Cerebro Vasculares (ECV) en personas de edad avanzada de Ciudad de la Habana presenta tasas de prevalencia de 9.7 por ciento, siendo mayor su prevalencia en hombres que en mujeres.

25.15. Enfermedades pulmonares. En el análisis de la Enfermedad Pulmonar Crónica en Ciudad de la Habana, se observan tasas de prevalencia general del 12.9 por ciento, superior en los hombres.

25.16. Artritis. El 55.6 por ciento de los adultos mayores en Ciudad Habana refieren padecer de artritis, siendo mayor su prevalencia en mujeres.

Salud funcional

25.17. Actividades Básicas de la Vida Diaria. El 80.9 por ciento de los encuestados no tiene limitaciones en las actividades básicas de la vida diaria. Los hombres tienen menos limitaciones que las mujeres.

25.18. Actividades Instrumentadas de la Vida Diaria. Con respecto a las actividades instrumentadas de la vida diaria, el 74.3 por ciento de los encuestados no tiene limitaciones en las mismas, teniendo los hombres menos dependencia por limitación de las mismas que las mujeres.

25.19. Movilidad. Con respecto a las medidas de movilidad realizadas, el 87 por ciento no presenta dificultades para caminar una cuadra, el 80.1 puede halar o empujar un objeto grande sin dificultades, y el 72 por ciento puede subir un piso sin descansar, entre otros indicadores.

Uso y acceso a Servicios de Salud y Sociales

25.20. Uso de servicios de salud ambulatorios. El 73.6 por ciento de las personas encuestadas realizó consultas de salud en el año anterior a la encuesta. El 55.5 por ciento de las consultas fueron en la comunidad, y el 57.2 por ciento visitó o fue visitado por el médico y la enfermera de la familia.

25.21. Acceso a servicios de salud ambulatorios. De acuerdo a las preguntas de la encuesta, el 95.8 por ciento demoró 1 mes o menos en recibir la consulta de cualquier tipo menos de urgencia. Con respecto a la atención hospitalaria, el 71.1 por ciento demoró menos de una hora en llegar al hospital.

Desigualdades socioeconómicas en Salud.

26. La existencia de desigualdades socioeconómicas conlleva a importantes consecuencias en la salud de los individuos. A lo largo de la historia muchos son los autores que coinciden en plantear que existe una relación estrecha entre estatus socioeconómicos, salud y longevidad. A tal afirmación, una de las razones potenciales que la sustenta, es que eventos

de salud desfavorables pueden implicar situaciones económicas adversas y por tanto pérdida de estatus socioeconómico.

Justo en las personas adultas mayores se incrementa la probabilidad de presentar eventos de salud e incluso de que aparezcan nuevas enfermedades crónicas tales como cáncer, diabetes o hipertensión, trayendo aparejado múltiples consecuencias negativas como puede ser incapacidad para trabajar, grandes gastos en medicamentos y terapias, etc, que sin dudas afectan la economía de cada individuo. De ahí que se plantee que la salud tiene una influencia importante en la economía sobre todo en la última etapa de la vida.

27. En esta parte acorde al esquema de análisis del Estudio SABE se resume el comportamiento de los diferentes indicadores de Salud como autopercepción de salud, estado cognitivo, número de trastornos crónicos, sintomatología depresiva y actividades básicas de la vida diaria de los adultos mayores, y su relación con indicadores económicos y sociales como suficiencia percibida de ingresos para el vivir diario, índice socioeconómico y nivel de instrucción.

En el caso de Cuba debido fundamentalmente a que la salud y la educación es gratuita y accesible para toda la población, la correlación entre cada uno de los indicadores de salud estudiados y los indicadores económicos y sociales considerados es baja, en otras palabras la salud no depende del ingreso o el índice socioeconómico donde clasificaría el adulto mayor. No obstante a ello, existen matices interesantes al realizar un análisis descriptivo entre cada una de estas variables.

28. En general a medida que aumentó el nivel educacional de los adultos mayores aumentó la proporción de personas que autoperceben una salud excelente, muy buena o buena, sin embargo para las personas que reportaron salud regular o mala el comportamiento es diferente.

Algo similar ocurre con los adultos mayores que consideran que tienen suficientes ingresos para cubrir sus necesidades del vivir diario (20.8%), en ellos predominan los que se autoperceben con una salud excelente, muy buena o buena diferente a los que no se consideran tener suficiente dinero para cubrir sus necesidades del vivir diario (78.0%), donde la autopercepción de salud excelente, muy buena o buena, es menor y mayor las categorizaciones de regular o malas

Con todo la autopercepción de salud no depende de los niveles del índice socioeconómico en que se encuentre el adulto mayor.

29. EL 8.5 por ciento de los senescentes presentan algún grado de deterioro cognitivo. En el análisis realizado se puede apreciar como en la medida que

aumenta el nivel de escolaridad disminuye la presencia de deterioro cognitivo en las personas. Mientras uno de cada cuatro personas sin escolaridad (apenas el 4.6 por ciento del total de adultos mayores) presenta deterioro cognitivo, en el otro extremo, o sea para las personas que aprobaron 12 grados o más el deterioro cognitivo se manifiesta solo en 2 de cada 100 personas.

De los adultos mayores que se encuentran en un nivel socioeconómico bajo, el 91.0 por ciento no presenta deterioro cognitivo y el 9.0 por ciento si lo presenta, pudiendo señalarse este último grupo aunque minoritario como vulnerable y por tanto objeto de una atención prioritaria en la asistencia social.

30. En otra dimensión del análisis se aprecia que el 56.7 por ciento de los adultos mayores en la capital presentan entre una y dos enfermedades crónicas, mientras el 23.6 por ciento declararon tener de 3 a 6 enfermedades crónicas.

El número de enfermedades crónicas en los individuos no depende del nivel de instrucción de dichos individuos, ni de que el adulto mayor y su pareja tengan suficiente dinero para cubrir sus necesidades del vivir diario.

Es muy interesante que casi uno de cada cinco adultos mayores reportaron algún grado de depresión, (de leve a severa). Esta prevalencia aumenta para los sin escolaridad a uno de cada cuatro y disminuye para los senescentes con 12 grados o más a casi uno de cada ocho. En SABE se corrobora que a medida que aumenta el nivel de escolaridad disminuye las personas con algún grado de depresión.

31. Similar comportamiento se obtiene con las actividades básicas de la vida diaria. El 19.0 por ciento de los senescentes habaneros declara presentar dificultades en la realización de al menos una actividad básica de la vida diaria, si se analiza el grupo de los sin escolaridad esta proporción aumenta hasta un 25.6 por ciento, contrastando con el grupo que aprobaron 12 grados o más que la prevalencia disminuye a un 10.1 por ciento.

Por tal razón la escolaridad constituye un factor explicativo de los matices y diferenciales que se observan en los comportamientos por algunos indicadores en SABE.

Anexos

**Estimación de las Proporciones y Precisión de
Indicadores Seleccionados
SABE
Ciudad de La Habana, año 2000.**

Estimación de las Proporciones y Precisión de Indicadores Seleccionados.
SABE
Ciudad de La Habana, año 2000.

INDICADORES SOCIODEMOGRÁFICOS	TOTAL	SEXO		Grupos de Edad	
		Mujeres	Hombres	60-74 años	75 y más
Población de 60 años y más	100.0 (1.9)	59.1 (1.9)	40.9 (2.7)	69.1 (1.6)	30.9 (3.5)
Mujeres	100.0 (1.9)	-	-	66.0 (2.1)	34.0 (4.0)
Hombres	100.0 (2.7)	-	-	73.5 (2.3)	26.5 (6.5)
Estado conyugal					
Solteros	3.0 (12.4)	3.2 (14.9)	2.9 (22.3)	3.0 (16.1)	3.2 (18.1)
Casados o unidos	40.0 (3.2)	23.0 (5.5)	64.4 (3.2)	47.3 (3.4)	23.7 (8.1)
Divorciados o separados	24.3 (4.9)	28.9 (5.5)	17.6 (9.6)	26.4 (5.2)	19.5 (9.4)
Viudos	32.5 (3.5)	44.7 (3.5)	15.0 (9.7)	23.2 (5.2)	53.5 (4.3)
Historia de uniones					
Alguna vez casados o unidos	97.0 (0.4)	96.8 (0.5)	97.1 (0.7)	97.0 (0.5)	96.8 (0.6)
Presencia de hijos y padres					
Población de 60 años y más con hijos vivos	89.4 (0.8)	87.5 (1.2)	92.0 (1.1)	91.7 (0.9)	84.2 (1.6)
Población de 60 años y más con madre viva	9.1 (7.9)	7.7 (10.7)	11.0 (11.4)	12.7 (8.1)	1.1 (41.5)
Población de 60 años y más con padre vivo	2.8 (13.6)	2.6 (18.8)	3.1 (20.5)	4.0 (13.4)	0.0 -

() Coeficientes de variación

Estimación de las Proporciones y Precisiones de Indicadores Seleccionados.

SABE

Ciudad de La Habana, año 2000.

INDICADORES SOCIODEMOGRÁFICOS	TOTAL	SEXO		Grupos de Edad	
		Mujeres	Hombres	60-74 años	75 y más
Nivel Educativo					
Sin escolaridad	4.6 (11.6)	5.0 (12.6)	4.2 (19.8)	3.5 (18.5)	7.2 (14.2)
Primaria	50.7 (2.8)	56.0 (3.1)	43.1 (4.4)	45.1 (3.8)	63.3 (3.8)
Nivel medio	38.5 (3.4)	33.5 (5.0)	45.8 (4.1)	44.6 (3.5)	25.0 (8.1)
Universitario	5.7 (9.9)	4.9 (14.7)	6.9 (13.8)	6.7 (10.8)	3.4 (22.8)
Pertenencia a culto religioso					
Católico	40.9 (3.2)	51.3 (3.2)	26.0 (7.4)	35.6 (4.4)	52.8 (3.9)
Protestante	4.3 (13.1)	5.7 (14.7)	2.3 (27.8)	4.3 (14.8)	4.3 (18.8)
Cultos sincréticos	7.4 (10.0)	8.7 (11.4)	5.7 (17.2)	7.4 (11.9)	7.6 (15.4)
Otros	3.6 (14.7)	4.2 (16.3)	2.6 (24.9)	3.4 (17.2)	3.9 (21.8)
Ninguna	43.8 (2.9)	30.1 (4.6)	63.4 (3.3)	49.3 (3.4)	31.4 (5.9)
Condición de actividad					
No trabajan	79.5 (1.4)	90.3 (1.1)	63.9 (3.1)	73.3 (2.0)	93.4 (1.2)
Trabajan	20.5 (5.3)	9.7 (9.9)	36.1 (5.5)	26.7 (5.4)	6.6 (17.3)
Situación económica					
Trabajan mercado laboral formal	18.2 (5.6)	7.6 (11.0)	33.6 (5.9)	24.2 (5.6)	4.7 (19.1)
Trabajan mercado laboral familiar	0.7 (31.5)	0.4 (56.8)	1.3 (37.8)	0.7 (35.6)	0.8 (66.4)
Trabajan mercado laboral informal	0.7 (26.3)	0.9 (31.9)	0.5 (49.8)	1.0 (27.4)	0.2 (99.7)

Estimación de las Proporciones y Precisiones de Indicadores Seleccionados.

SABE

Ciudad de La Habana, año 2000.

INDICADORES SOCIODEMOGRÁFICOS	TOTAL	SEXO		Grupos de Edad	
		Mujeres	Hombres	60-74 años	75 y más
Situación económica (cont).					
Quehaceres del hogar	5.1 (12.3)	8.7 (12.2)	0.0 -	5.1 (14.3)	5.2 (20.4)
Jubilados o pensionados	55.7 (2.4)	51.1 (3.5)	62.3 (3.3)	55.1 (2.9)	56.9 (3.7)
Incapacitado o no trabaja	5.0 (12.2)	6.9 (12.7)	2.3 (27.4)	4.3 (16.4)	6.7 (18.1)
Nunca Trabajó	14.5 (6.2)	24.5 (6.1)	0.1 (99.8)	9.6 (8.9)	25.5 (6.8)
Reciben ingresos por jubilación o pensión	76.3 (1.3)	72.4 (2.2)	81.8 (1.8)	74.0 (1.7)	81.3 (2.0)
Índice de vivienda					
Vivienda mala	9.1 (10.2)	8.3 (12.4)	10.4 (12.5)	9.2 (11.3)	9.0 (14.0)
Vivienda regular	79.4 (1.5)	79.5 (1.7)	79.1 (2.1)	79.2 (1.7)	79.6 (2.2)
Vivienda buena	11.5 (8.6)	12.2 (9.5)	10.5 (12.2)	11.6 (9.5)	11.3 (11.9)
Condición de la vivienda					
Casa propia (ya pagada)	70.9 (2.1)	69.3 (2.4)	73.3 (2.7)	69.2 (2.4)	74.9 (2.8)
Casa propia (la está pagando)	19.1 (5.7)	20.8 (6.3)	16.7 (9.1)	20.9 (6.3)	15.3 (9.9)
Usufructo gratuito	8.7 (13.2)	8.4 (14.7)	9.1 (14.5)	8.9 (14.3)	8.1 (17.8)
Alquilada	0.2 (51.8)	0.1 (99.7)	0.5 (60.4)	0.2 (72.3)	0.4 (74.0)
Otra situación	1.0 (25.9)	1.4 (29.6)	0.5 (49.3)	0.9 (33.5)	1.3 (41.4)

() Coeficientes de variación

Estimación de las Proporciones y Precisiones de Indicadores Seleccionados.
SABE
Ciudad de La Habana, año 2000.

INDICADORES SOCIODEMOGRÁFICOS	TOTAL	SEXO		Grupos de Edad	
		Mujeres	Hombres	60-74 años	75 y más
Índice de hacinamiento					
Mala (más de 2 personas/dormitorio)	23.1 (4.8)	21.6 (6.4)	25.3 (7.1)	24.5 (5.4)	20.0 (8.6)
Regular (2 personas/dormitorio)	24.1 (4.4)	23.1 (5.7)	25.4 (6.4)	23.5 (5.4)	25.4 (7.5)
Buena (menos de 2 personas)	52.8 (2.7)	55.3 (3.2)	49.3 (4.1)	52.0 (3.3)	54.6 (4.1)
Combustible para cocinar					
Gas	71.7 (2.1)	72.4 (2.4)	70.6 (2.7)	70.8 (2.5)	73.8 (2.6)
Electricidad	1.4 (24.5)	1.3 (28.3)	1.6 (30.2)	1.5 (31.4)	1.2 (33.9)
Kerosén (luz brillante)	26.8 (5.4)	26.3 (6.4)	27.5 (6.9)	27.5 (6.3)	25.0 (7.7)
Otro	0.1 (56.6)	0.0 -	0.3 (56.5)	0.2 (56.6)	0.0 -
Tenencia de equipos electrodomésticos					
Refrigerador	93.5 (0.6)	93.5 (0.8)	93.6 (0.9)	93.1 (0.8)	94.5 (1.1)
Ventilador	92.8 (0.7)	92.8 (0.8)	92.8 (1.0)	93.5 (0.8)	91.4 (1.3)
Televisor	90.5 (0.9)	90.5 (1.1)	90.6 (1.3)	91.3 (1.0)	88.9 (1.6)
Radio, equipo de música	83.0 (1.5)	82.7 (1.8)	83.3 (2.0)	82.3 (1.7)	84.4 (2.1)
Lavadora	57.8 (2.2)	58.0 (2.6)	57.5 (3.7)	60.4 (2.6)	52.1 (3.7)
Teléfono	24.2 (6.2)	24.7 (6.8)	23.3 (8.0)	21.0 (7.5)	31.2 (6.7)

Estimación de las Proporciones y Precisiones de Indicadores Seleccionados.
SABE
Ciudad de La Habana, año 2000.

INDICADORES SOCIODEMOGRÁFICOS	TOTAL	SEXO		Grupos de Edad	
		Mujeres	Hombres	60-74 años	75 y más
Tenencia de equipos electrodomésticos (cont)					
Ningún equipo	1.4 (21.1)	1.0 (28.7)	2.0 (27.6)	1.4 (24.4)	1.4 (44.2)
Arreglos familiares seleccionados					
Solo	10.7 (6.7)	11.8 (8.6)	9.1 (11.0)	11.2 (8.2)	9.8 (12.5)
Con esposo(a) solo	11.2 (6.5)	6.4 (11.4)	18.2 (8.1)	12.9 (7.2)	7.5 (14.1)
Acompañado por otros	78.1 (1.2)	81.8 (1.4)	72.7 (2.3)	75.9 (1.6)	82.7 (2.0)
Intercambio de ayudas					
Recibe ayuda	93.0 (0.7)	94.0 (0.8)	91.6 (1.2)	92.4 (1.0)	94.5 (0.9)
Da ayuda	77.9 (1.6)	74.9 (2.1)	82.2 (1.9)	83.4 (1.5)	65.6 (3.0)
Reciben y dan ayuda	75.5 (1.7)	73.0 (2.2)	79.2 (2.1)	80.7 (1.7)	64.0 (3.2)
No reciben ni dan	4.6 (11.6)	4.1 (14.0)	5.4 (16.2)	5.0 (14.3)	3.9 (19.8)
Solo reciben	17.5 (6.7)	21.0 (6.9)	12.4 (11.0)	11.7 (9.7)	30.5 (6.5)
Solo dan	2.4 (15.6)	1.9 (21.7)	3.0 (24.4)	2.7 (18.0)	1.6 (32.3)

() Coeficientes de variación

Estimación de las Proporciones y Precisiones de Indicadores Seleccionados.
SABE
Ciudad de La Habana, año 2000.

INDICADORES SOCIODEMOGRÁFICOS	TOTAL	SEXO		Grupos de Edad	
		Mujeres	Hombres	60-74 años	75 y más
Intercambio de ayudas (cont).					
Recibe ayuda de corresidentes	84.1 (1.0)	83.4 (1.3)	85.0 (1.5)	83.5 (1.3)	85.5 (1.7)
Recibe ayuda de hijos fuera del hogar	47.1 (2.9)	50.8 (2.9)	41.7 (5.2)	47.5 (3.3)	46.2 (4.4)
Recibe ayuda de hermanos	18.9 (6.6)	21.0 (7.0)	15.9 (10.2)	20.4 (7.1)	15.6 (10.7)
Recibe ayuda de otros familiares y amigos	8.5 (8.3)	10.1 (10.2)	6.0 (16.1)	6.6 (11.4)	12.7 (11.9)
Recibe ayuda de organizaciones	6.4 (10.7)	8.2 (11.5)	3.7 (20.7)	4.1 (13.6)	11.7 (13.6)
Da ayuda a corresidentes	72.1 (1.8)	68.4 (2.3)	77.4 (2.1)	77.7 (1.8)	59.6 (3.7)
Da ayuda a hijos fuera del hogar	24.8 (5.1)	23.3 (6.1)	27.1 (7.4)	29.6 (5.0)	14.2 (11.2)
Da ayuda a hermanos	14.6 (7.6)	15.1 (8.6)	13.9 (10.6)	17.3 (7.5)	8.6 (16.7)
Da ayuda a otros familiares y amigos	4.7 (11.6)	4.9 (14.1)	4.3 (19.4)	4.5 (14.9)	5.1 (17.0)
Da ayuda a organizaciones	1.0 (27.4)	1.2 (34.5)	0.6 (44.6)	1.1 (31.2)	0.7 (45.6)

Estimación de las Proporciones y Precisiones de Indicadores Seleccionados.
SABE
Ciudad de La Habana, año 2000.

INDICADORES DE SALUD	TOTAL	SEXO		Grupos de Edad	
		Mujeres	Hombres	60-74 años	75 y más
Autoevaluación de salud (excelente, muy buena, buena y regular)	80.1 (1.2)	76.1 (1.7)	85.8 (1.5)	84.1 (1.2)	71.0 (2.6)
Hábito de fumar actual					
No fuman actualmente	68.2 (1.6)	78.4 (1.6)	53.5 (3.4)	63.8 (2.2)	78.2 (2.2)
Fuman actualmente	31.8 (3.5)	21.5 (6.0)	46.5 (3.9)	36.2 (3.9)	21.8 (7.8)
Consumo de alcohol					
Abstemio	76.8 (1.4)	88.9 (1.2)	59.5 (3.6)	72.4 (1.8)	86.7 (1.8)
Bebedor social	19.2 (5.6)	9.9 (10.4)	32.6 (6.4)	22.1 (5.6)	12.6 (12.4)
Bebedor riesgo	2.7 (14.9)	1.0 (29.5)	5.3 (17.1)	3.6 (15.6)	0.7 (45.4)
Bebedor excesivo	0.8 (24.9)	0.3 (58.3)	1.7 (27.7)	1.2 (25.0)	0.0 -
Dieta					
Consumo de productos lácteos (1 o más veces al día)	70.3 (1.7)	75.1 (1.9)	63.3 (3.2)	65.9 (2.2)	80.1 (2.3)
Consumo de huevos y leguminosas (en la semana)	95.9 (0.5)	95.2 (0.7)	97.0 (0.7)	96.3 (0.6)	95.0 (0.9)
Consume carnes pescado o aves (tres o más veces en la semana)	69.1 (2.2)	70.4 (2.3)	67.3 (3.1)	68.2 (2.5)	71.2 (3.0)
Consume frutas o verduras (2 o más veces al día)	36.3 (5.2)	39.3 (5.3)	31.9 (6.9)	36.5 (5.6)	35.7 (6.6)
Actividades físicas y manualidades					
Realiza actividades físicas rigurosas	23.3 (4.8)	18.5 (7.1)	30.2 (6.5)	26.1 (5.4)	16.9 (10.3)
Realiza manualidades, artesanías y actividades artísticas	23.5 (5.0)	25.5 (6.3)	20.5 (8.6)	25.1 (5.3)	19.9 (9.3)

Estimación de las Proporciones y Precisiones de Indicadores Seleccionados.
SABE
Ciudad de La Habana, año 2000.

INDICADORES DE SALUD	TOTAL	SEXO		Grupos de Edad	
		Mujeres	Hombres	60-74 años	75 y más
Depresión					
Leve o moderada	14.7 (6.4)	17.7 (6.7)	10.3 (12.5)	15.7 (7.7)	12.4 (11.0)
Severa	4.2 (12.2)	5.9 (14.0)	1.8 (27.3)	4.4 (13.9)	3.8 (23.0)
Normal	73.2 (1.6)	66.4 (2.3)	82.9 (1.9)	76.9 (1.8)	64.8 (3.2)
Síndromes geriátricos					
Deterioro Cognitivo	8.5 (8.2)	10.8 (9.1)	5.3 (15.7)	3.7 (17.1)	19.4 (9.2)
Incontinencia urinaria	14.7 (7.1)	17.7 (7.9)	10.4 (11.7)	12.0 (9.7)	20.8 (8.0)
Visión de cerca con o sin espejuelos(regular, mala o ciego)	28.5 (4.1)	29.0 (5.0)	27.8 (6.7)	22.4 (5.4)	42.2 (5.4)
Visión de lejos con o sin espejuelos (regular, mala o ciego)	32.0 (4.0)	34.0 (4.6)	29.0 (6.8)	26.8 (5.1)	43.4 (5.3)
Audición con o sin audífonos (regular, mala o sordo)	24.9 (4.3)	23.6 (5.2)	25.1 (6.7)	19.6 (6.3)	36.6 (5.7)
Caídas en los 12 meses anteriores a la encuesta	24.3 (4.5)	30.6 (4.9)	15.3 (8.9)	20.8 (5.8)	32.1 (5.8)
Osteoporosis	3.2 (13.4)	4.7 (14.4)	1.0 (36.0)	3.5 (15.6)	2.5 (21.1)
Enfermedades crónicas					
Hipertensión arterial	44.0 (2.7)	49.8 (3.0)	35.7 (5.1)	46.8 (3.1)	37.7 (5.6)
Diabetes	14.8 (6.0)	20.0 (6.4)	7.3 (13.6)	14.0 (7.6)	16.4 (9.4)
Enfermedades del corazón	24.1 (4.3)	27.5 (5.0)	19.2 (8.1)	22.9 (5.4)	26.7 (7.1)

() Coeficientes de variación

Estimación de las Proporciones y Precisiones de Indicadores Seleccionados.
SABE
Ciudad de La Habana, año 2000.

INDICADORES DE SALUD	TOTAL	SEXO		Grupos de Edad	
		Mujeres	Hombres	60-74 años	75 y más
Enfermedades crónicas (cont).					
Cáncer	3.4 (12.0)	3.6 (15.5)	3.0 (19.8)	2.7 (16.7)	4.9 (17.8)
Enfermedad cerebrovascular	9.7 (8.2)	9.1 (9.9)	10.6 (12.1)	7.4 (12.5)	14.8 (10.6)
Enfermedad pulmonar crónica	12.9 (6.9)	12.8 (2.5)	13.1 (10.2)	13.9 (7.7)	10.5 (12.6)
Artritis	55.6 (2.2)	66.8 (2.1)	39.5 (5.1)	55.9 (2.6)	55.0 (3.8)
Actividades Básicas de la Vida Diaria					
ABVD ¹ (al menos limitada una actividad)	19.0 (5.0)	22.4 (5.4)	14.2 (9.4)	13.8 (7.7)	30.7 (5.6)
Limitadas 3+	6.6 (8.8)	7.9 (9.9)	4.6 (16.8)	2.8 (16.5)	14.9 (9.7)
Limitadas 1-2	12.5 (6.6)	14.5 (7.5)	9.6 (12.2)	11.0 (8.6)	15.7 (8.9)
Limitadas 0	80.9 (1.2)	77.4 (1.6)	85.9 (1.6)	86.1 (1.2)	69.2 (2.5)

¹ Actividades Básicas de la Vida Diaria: cruzar un cuarto caminando, vestirse, bañarse, comer, acostarse o pararse de la cama, usar el servicio sanitario.

Estimación de las Proporciones y Precisiones de Indicadores Seleccionados.
SABE
Ciudad de La Habana, año 2000.

INDICADORES DE SALUD	TOTAL	SEXO		Grupos de Edad	
		Mujeres	Hombres	60-74 años	75 y más
Actividades Instrumentadas de la Vida Diaria					
AIVD ² (al menos limitada una actividad)	25.7 (4.4)	31.3 (4.7)	17.6 (8.8)	16.9 (6.7)	45.2 (4.6)
Limitadas 3+	11.6 (6.7)	14.6 (7.4)	7.2 (12.6)	4.8 (13.3)	26.7 (7.1)
Limitadas 1-2	14.1 (6.5)	16.7 (7.3)	10.3 (12.5)	12.1 (8.5)	18.6 (9.8)
Limitadas 0	74.3 (1.5)	68.6 (2.2)	82.5 (1.9)	83.0 (1.4)	54.7 (3.8)
Movilidad (sin dificultad para)					
Caminar una cuadra	86.6 (1.0)	84.2 (1.4)	90.0 (1.3)	92.8 (0.8)	72.7 (2.7)
Extender los brazos	86.5 (0.9)	83.7 (1.3)	90.4 (1.3)	88.2 (1.1)	82.5 (1.8)
Empujar un objeto grande	80.1 (1.3)	76.1 (1.8)	85.9 (1.5)	86.2 (1.2)	66.5 (3.0)
Sentarse dos horas	79.8 (1.3)	76.3 (1.8)	84.8 (1.7)	80.4 (1.4)	78.3 (2.5)
Subir un piso	71.6 (1.7)	65.3 (2.5)	80.6 (2.0)	79.5 (1.6)	54.0 (4.0)
Caminar varias cuadras	67.4 (1.6)	60.1 (2.3)	77.8 (2.2)	74.9 (1.6)	50.5 (4.2)
Transportar 5 Kg	67.0 (1.8)	56.2 (2.9)	82.7 (1.8)	75.0 (1.9)	49.2 (4.0)

² Actividades Instrumentadas de la Vida Diaria: Preparar una comida caliente, manejar su propio dinero, ir a otros lugares solos, hacer compras de alimentos, llamar por teléfono, hacer los quehaceres ligeros de la casa, hacer los quehaceres pesados de la casa y tomar sus medicinas.

Estimación de las Proporciones y Precisiones de Indicadores Seleccionados.
SABE
Ciudad de La Habana, año 2000.

INDICADORES DE SALUD	TOTAL	SEXO		Grupos de Edad	
		Mujeres	Hombres	60-74 años	75 y más
Movilidad (sin dificultad para) cont.					
Levantarse de la silla	59.2 (1.9)	50.5 (2.7)	71.9 (2.4)	63.0 (2.1)	50.8 (4.2)
Agacharse	50.7 (2.4)	41.2 (3.5)	64.4 (2.7)	55.2 (2.5)	40.5 (5.0)
Subir varios pisos	39.2 (3.3)	29.2 (5.1)	53.7 (3.8)	45.9 (3.3)	24.3 (7.8)
Correr o trotar 1.5 km	13.7 (7.1)	8.3 (11.2)	21.4 (8.3)	16.9 (7.5)	6.5 (17.8)
Levantar una moneda	94.6 (0.6)	93.5 (0.9)	96.2 (0.8)	97.2 (0.5)	88.8 (1.6)
Uso y acceso a servicios de salud y obtención de medicamentos.					
Atención ambulatoria (consultas externas)	73.7 (1.6)	79.1 (1.7)	65.9 (3.2)	72.5 (1.9)	76.2 (2.6)
Ingresos hospitalarios en los 4 meses anteriores a la encuesta	6.1 (10.4)	6.2 (11.6)	5.9 (17.5)	4.8 (14.6)	9.0 (13.9)
Obtención de medicamentos en consulta realizada los 4 meses anteriores a la encuesta	78.5 (2.5)	74.5 (3.2)	86.7 (3.2)	77.0 (3.0)	82.5 (3.5)
Motivos para dejar de tomar los medicamentos en los últimos 12 meses según grupos de edad y sexo.					
Por el costo	2.5 (18.0)	3.0 (20.8)	1.7 (31.0)	2.8 (20.4)	1.6 (31.6)
Por no estar disponible	19.0 (6.6)	22.4 (7.0)	14.2 (9.4)	19.6 (7.4)	17.8 (9.4)
No le gusta tomar medicinas	4.3 (13.1)	3.3 (16.8)	5.7 (15.4)	4.7 (16.0)	3.4 (20.4)
Otra razón	2.8 (17.5)	2.7 (18.3)	2.8 (25.6)	2.8 (22.0)	2.7 (26.7)
No dejó de tomarlo	73.3 (1.9)	70.9 (2.3)	76.6 (2.1)	72.1 (2.3)	75.8 (2.6)