

# ***Fuentes de Datos Actuales para el Estudio de la Situación de Discapacidad y la Dependencia de las Personas Mayores en: España, Argentina, México y Uruguay<sup>1</sup>***

*María Sol T. Minoldo - Malena Monteverde - Enrique Peláez  
CIECS / CONICET y UNC*

*Sagrario Garay  
Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL)*

*Mariana Paredes  
Universidad de la República – Uruguay*

## **Resumen**

La situación de dependencia en la tercera edad, definida como la necesidad de ayuda para realizar actividades de la vida diaria (llamadas necesidades de cuidados de larga duración), es un factor fundamental en la caracterización de envejecimiento poblacional. Sin embargo, su abordaje depende, en primera instancia, de contar con fuentes de datos que permitan una aproximación empírica a la realidad.

El objetivo del presente estudio es analizar y comparar las fuentes de información más actuales, disponibles para caracterizar la situación de dependencia de las personas mayores en España, Argentina, México y Uruguay. Se evalúan sus principales características, contenidos generales incluidos y contenidos específicos sobre discapacidad y dependencia, para establecer cuáles son las potencialidades y limitaciones de las mismas para abordar el estudio de la situación de dependencia de las personas mayores en cada país en particular, así como también en qué medida las fuentes disponibles permiten contar con información que posibilite la comparación entre países de la región y España.

**Palabras clave:** Dependencia- Fuentes- Envejecimiento-Datos

## **Abstract**

The dependency status among the elderly, defined as the care needed to perform daily living activities (named as long-term care needs), is a fundamental factor in order to characterized the ageing process. However, its approach depends, in the first instance, on having data sources available that allow an empirical approximation. The aim of this study is to analyze and compare the newest sources of data available to characterize the dependency status among the elderly in Spain, Argentina, Mexico and Uruguay. We evaluate the main characteristics, including general and specific contents about disability and dependency status, in order to evaluate what are the potentials and limitations for the study of dependency status in each country, as well

---

<sup>1</sup> El presente artículo es una versión revisada del trabajo presentado en las XIII Jornadas Argentinas de Estudios de Población, Salta, 16-18 de septiembre de 2015.

as the potencial comparability of the results among Latin American countries and Spain.

## Introducción

Europa cuenta con una de las poblaciones más envejecidas del mundo (luego de Asia) y España, por su parte, con una proporción de personas mayores de 60 años del 22,9%, se ubica en el puesto 23 del ranking mundial de países más envejecidos del mundo (UN, 2013). Si bien la proporción de personas mayores en América Latina aún no alcanza los niveles de los países más envejecidos del mundo, el ritmo de crecimiento en la región del número de personas de 60 años y más se está produciendo a una velocidad sin precedentes (Palloni et al. 2002; Kinsella y Velkoff 2001; Chackiel, 1999). En 2013, su proporción en Uruguay era del 18,4%, en la Argentina del 14,9% y en México del 9,3%% (UN, 2013), evidenciando importantes heterogeneidades al interior de la región.<sup>2</sup> Chackiel (1999) señala que mientras que en Europa el proceso de envejecimiento demoró entre 150 y 200 años, en Latinoamérica el mismo fenómeno se desarrolló en unos 40 a 60 años. A su vez, a diferencia de Europa, Latinoamérica envejece en una sociedad empobrecida y con graves desigualdades en la distribución del ingreso.

El contexto y las características en que se está produciendo el envejecimiento poblacional resultan de suma importancia en la medida que afectan los riesgos relacionados (de morbilidad, discapacidad, pobreza, etc.) y la calidad de vida de los individuos y sus familias. En este sentido, la situación de dependencia constituye una relevante cuestión asociada al proceso de envejecimiento: existe cierto consenso en que el envejecimiento de la población conlleva incrementos absolutos del número de personas en situación de dependencia (aunque no necesariamente en términos relativos) y que ello aumentará progresivamente la demanda de servicios de cuidados de larga duración (Mayhew, 2000; Comas-Herrera et al, 2003, etc.).

En este trabajo, se entiende como 'persona mayor en situación de dependencia' a los individuos de 65 años y más<sup>3</sup> que reporten dificultad o **necesidad de ayuda** para

---

<sup>2</sup> Si bien este trabajo se interesa por las personas mayores de 65 años, el criterio de consideración a partir de los 60 años es relevante para contextualizar el fenómeno del envejecimiento, especialmente en aquellos países donde la transición demográfica se encuentra menos avanzada, como en el caso de la región.

<sup>3</sup> Para definir el grupo etario de personas mayores, existen generalmente dos criterios respecto a la edad en la que se inicia el grupo etario: los 60 o los 65 años. Esta disparidad de criterios no es ajena a las herramientas de información, cuya muestra se recorta, al ocuparse de adultos mayores, según uno u otro criterio, de acuerdo a la definición de vejez empleada. Esta ponencia opta por el criterio de los 65 años, en la medida que es la población considerada en común por ambos enfoques, y por tanto, respecto de la cual se encontrará información en todas las fuentes.

la realización de al menos una actividad básica de la vida diaria (ABVD) o actividad instrumental de la vida diaria (AIVD). Es decir, se trata de personas con alguna discapacidad en actividades de la vida diaria (DABVD) o instrumentales (DAIVD), en lo posible identificando que la dificultad sea consecuencia (al menos en parte) de un problema de salud o una deficiencia.

El objetivo del presente estudio es analizar y comparar las fuentes de información más actuales disponibles para caracterizar la situación de dependencia de las personas mayores en los países objeto de estudio. Se evalúan sus principales características, contenidos generales incluidos y contenidos específicos sobre la situación de discapacidad y de dependencia, para establecer cuáles son las potencialidades y las limitaciones de las mismas para abordar el estudio de la dependencia en cada país en particular, así como también en qué medida las fuentes disponibles permiten contar con información que posibilite la comparación entre países de la región y España.

Se escogieron algunos países de la región para dar cuenta de la heterogeneidad de situaciones con relación a la disponibilidad de información. Así este trabajo se ocupará de los casos de Argentina, México y Uruguay. Por su parte, el caso de España fue incluido como referencia, ya que la experiencia española puede resultar útil para países de América Latina, dada la mayor trayectoria recorrida sobre cómo abordar la creciente problemática de la población en situación de dependencia.<sup>4</sup>

Luego de algunas aclaraciones conceptuales en torno a las definiciones de discapacidad y dependencia, el trabajo se ocupa de identificar y caracterizar metodológicamente las fuentes de información disponibles en cada uno de los países en estudio para cuantificar y caracterizar a la población mayor en situación de dependencia. A continuación, se exponen los resultados del análisis de contenidos de las fuentes, teniendo en cuenta las dimensiones temáticas incluidas así como las variables mediante las cuales se abordan la cuestión particular de la discapacidad y, dentro de la misma, de la dependencia. Luego se analizan las principales potencialidades y limitaciones de las fuentes disponibles en los diferentes países para abordar el estudio de la dependencia. En las conclusiones se reflexiona acerca de las oportunidades que brindan las fuentes para realizar comparaciones los resultados de los diversos países, señalando las similitudes y diferencias más relevantes entre ellas.

## **Aproximación a las nociones de discapacidad y dependencia**

---

<sup>4</sup> En el año 2006 España promulgó la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia Española (Ley 39/2006), que implicó un importante paso hacia la protección social pública del riesgo de dependencia en ese país.

El concepto de discapacidad ha ido evolucionando históricamente, desde una acepción bio-médica centrada en la persona (discapacitada) y su “deficiencia” física o mental, hacia un abordaje que entiende la discapacidad como el resultado de la relación entre condiciones de salud y factores ambientales, pudiendo resultar de esa interrelación dificultades funcionales, es decir para la realización de determinadas actividades de la vida. Un hito clave en este desarrollo del concepto fue la publicación en el año 2001 de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS), cuya definición de discapacidad devino la principal referencia para el manejo conceptual de la discapacidad en el ámbito académico. Allí, “la discapacidad está definida como el resultado de una compleja relación entre la condición de salud de una persona y sus factores personales, y los factores externos que representan las circunstancias en las que vive esa persona” (OMS, 2001: 27). En este marco, los ambientes cobran una entidad clave en el fenómeno de la dependencia, que ya no depende exclusivamente de la salud biológica de la persona.

Los distintos ambientes pueden tener efectos distintos en un individuo con una condición de salud. Un entorno con barreras, o sin facilitadores, restringirá el desempeño/realización del individuo; mientras que otros entornos que sean más facilitadores pueden incrementarlo. La sociedad puede dificultar el desempeño/realización de un individuo tanto porque cree barreras (ej. edificios inaccesibles) o porque no proporcione elementos facilitadores (ej. baja disponibilidad de dispositivos de ayuda). (OMS, 2001: 27).

A pesar de la importancia del documento de la OMS para unificar criterios de estudio en torno a la discapacidad, lo cierto es que han persistido en su abordaje algunos sesgos de previas acepciones, de modo tal que han continuado coexistiendo concepciones diferentes de discapacidad, particularmente en los primeros años que siguieron a la publicación del documento. Como consecuencia, también las definiciones operacionales de discapacidad han sido diversas, afectando las herramientas mismas para construir datos sobre discapacidad. La tendencia a continuar preguntando por ‘deficiencias’ físicas y a considerar sólo las discapacidades propias de antiguos esquemas estereotipados, conlleva sesgos en las respuestas de los propios sujetos encuestados que, en muchos casos, manejan también una definición estereotipada de discapacidad. De este modo, se dificulta el correcto registro de la discapacidad.

En base a una definición de discapacidad centrada en la relación en condiciones de salud y funcionamiento de los sujetos en relación con contextos determinados, el interés se desplaza desde la observación de las presuntas causas de la discapacidad

propias del individuo (de sus condiciones de salud) hacia la relación entre las condiciones de salud y los contextos que afectan el funcionamiento del individuo de una u otra manera. De este modo, se entiende que “la discapacidad no es un atributo de la persona, sino un complicado conjunto de condiciones, muchas de las cuales son creadas por el contexto/entorno social” (OMS, 2001: 22). Ese abordaje centrado en *el funcionamiento* que resulta de la interrelación entre condiciones de salud y contexto, jerarquiza la relevancia de una de las modalidades de discapacidad en particular, que es la que compromete la autonomía de los individuos para realizar actividades de la vida diaria: la dependencia. De este modo, “La dependencia sería una situación específica de discapacidad en la que se darían dos elementos, una limitación del individuo para realizar una determinada actividad (más o menos severa) y la interacción con los factores concretos del contexto ambiental, relacionados con la ayuda personal o técnica”. (Querejeta González, 2004: 27).

En el caso de la dependencia, el principal documento de referencia para unificar criterios en su definición conceptual es la recomendación N° R(98)9 formulada por el Consejo de Europa el 18 de septiembre de 1998, según la cual “la situación de dependencia se refiere a un estado en el que las personas, por razones de falta o pérdida de autonomía física, psicológica o intelectual, requieren asistencia o ayuda significativa para realizar sus actividades de la vida diaria” (Rivero Fernandez Toni et al., 2011: 09). De este modo, la dependencia se define por la *necesidad de ayuda* que resulta de la pérdida de autonomía para realizar actividades de la vida diaria, considerándose particularmente para actividades instrumentales y básicas de la vida diaria (AIVD y ABVD).

Como puede deducirse de estas definiciones, aunque la discapacidad no implica por sí misma la existencia de dependencia, la dependencia siempre supone la existencia de discapacidad. Por tanto, toda omisión en el registro de casos de dependencia implicará a su vez un sub registro de la discapacidad y a su vez, todo subregistro en la condición de discapacidad en alguna medida afectará la completitud en la medición de los casos de dependencia. Teniendo en cuenta la definición de dependencia, es previsible que su detección resulte más factible indagando sobre la necesidad de ayuda para AIVD y ABVD que preguntando a los individuos por limitaciones físicas o medicas directamente. En este sentido, resulta pertinente considerar que la detección de la dependencia como un objetivo en sí mismo de los registros de discapacidad, no solo importa para poder abordar el estudio de la dependencia, sino que contribuye necesariamente a un correcto registro de las situaciones de discapacidad.

## **Criterios para evaluar los instrumentos del medición**

Para el análisis de las fuentes de datos orientadas al registro y la caracterización de

la situación de dependencia en la vejez, este estudio se orienta por criterios referidos a la validez interna, confiabilidad, validez estadística y utilidad de los instrumentos de medición en las ciencias sociales. A continuación, se detallan las dimensiones de análisis que permitirán establecer algunas fortalezas y debilidades de las fuentes evaluadas en este documento.

1. *Validez interna.* La **validez** de un instrumento de medición es el grado en que realmente mide lo que pretende o promete medir (Corral, 2009; Mendoza y Garza, 2009; Concha, Barriga y Henríquez, 2011; Sampieri, Fernández-Collado y Baptista, 2006). Es decir, se refiere la medición sea específica: que mida “aquellas características que pretenden medir y no otras” (Arribas, 2004: 24). En el caso de la medición de la dependencia, esto implica evaluar la medida en que las fuentes efectivamente registran como dependencia sólo casos de dependencia (y no, por ejemplo, discapacidades que no implican necesariamente necesidad de ayuda).

Por su parte, la **validez de contenido** refiere a que el instrumento sea sensible. Es decir, que no mida la variable de manera parcial, sino que incluya indicadores para todas sus dimensiones (Corral, 2009; Mendoza y Garza, 2009; Concha, Barriga y Henríquez, 2011; Sampieri, Fernández-Collado y Baptista, 2006). “Un error de validez de contenido sería que la dimensión semántica no tuviera ningún ítem que la evaluara, o que los ítems de la dimensión sintáctica sólo evaluaran una parte de ésta, al contrastar con lo que se pretende evaluar en dicha dimensión” (Escobar-Pérez y Cuervo Martínez, 2008: 28). Para las fuentes de datos sobre dependencia, esto significa que todos los casos de dependencia deben poder ser detectados por el cuestionario, y que las preguntas relevantes para la detección deben realizarse a todos los encuestados.

En tanto, la **validez de constructo** “refiere principalmente a que los conceptos teóricos definidos en el marco referencial de una investigación se encuentren reflejados en los instrumentos utilizados para medirlos” (Concha, Barriga y Henríquez, 2011: 105). En todo instrumento de medición, el fenómeno que se intenta medir es definido y comprendido conceptualmente de una manera en particular. “Un problema puede definirse desde distintas perspectivas teóricas y, por tanto, pueden proponerse definiciones diferentes de un mismo constructo” (Arribas, 2004: 24). En la medida que la concepción de dependencia se transforme en el tiempo, es esperable que instrumentos diseñados para otros constructos, no sean válidos para la medición de nuevas definiciones. En el caso del estudio de la dependencia, esto implica que instrumentos diseñados en función de una definición centrada en las limitaciones bio físicas, pueden no ser adecuados para medir la dependencia concebida de modo que incluya la

relevancia del ambiente, a partir de una definición más funcional.

2. *Confiabilidad.* La **confiabilidad** de los instrumentos de medición tiene que ver el grado en que un instrumento produce resultados consistentes y coherentes (Sampieri, Fernández-Collado y Baptista, 2006). Es decir, su estabilidad en la especificidad y sensibilidad con la que mide el fenómeno en diferentes mediciones (ya sea en la misma población, o en poblaciones diferentes). Esto es fundamental para poder comparar resultados de diferentes mediciones del instrumento, ya sea a través del tiempo o en diferentes sociedades. De hecho, la **coherencia** de la información es un criterio clave para poder comparar información estadística, no solo obtenida de un mismo instrumento, sino mediante diferentes instrumentos de medición. En tal sentido, sólo serán comparables los resultados de fuentes que utilicen conceptos y metodologías comunes a través del tiempo y el espacio (Naciones Unidas-CEPAL-UNFPA, 2014). Para el caso de la evaluación de las fuentes de dependencia, importará entonces reconocer la coherencia entre los conceptos y metodologías de las diferentes fuentes analizadas, para determinar la comparabilidad posible entre sus resultados.
3. *Validez estadística de los datos.* Para que una medición basada en un relevamiento muestral sea estadísticamente válida, la muestra debe ser representativa. La misma “se debe tomar de modo tal que represente correctamente a cada segmento de la población para el que es esperable obtener características o respuestas diferentes” (Naciones Unidas-CEPAL-UNFPA, 2014: 38). Por ello, una cobertura adecuada implica que el universo utilizado para seleccionar la muestra no sea incompleto, es decir, que no excluya a parte de la población (Naciones Unidas-CEPAL-UNFPA, 2014). Así, en un muestreo polietápico, un problema de subregistro en alguna de las etapas afectará, lógicamente, la representatividad final de la muestra. En el caso particular del estudio de la dependencia en la vejez, puede resultar especialmente problemática la omisión sistemática de casos de personas que no pueden contestar la encuesta de manera directa. Por tanto, podría ser relevante el desarrollo de estrategias para obtener informantes sustitutos en esos casos (como por ejemplo con la inclusión de encuestas a los cuidadores de tales personas).
4. *Utilidad para el estudio del fenómeno medido.* Algunas características de las fuentes de datos, y de su aplicación concreta, pueden maximizar o reducir su utilidad para proveer datos a investigaciones científicas del fenómeno en medición. Así, por ejemplo, resulta relevante que la que la muestra posibilite **desagregar** los resultados por región geográfica y provincia.

Por otro lado, la información proporcionada por las preguntas puede tener mayor

o menor nivel de **detalle**. En el caso de las fuentes de dependencia, importa si las mismas permiten conocer diferentes grados de severidad de la dependencia, y caracterizaciones básicas de las situaciones detectadas.

Además, las fuentes pueden incluir mayor o menor **cantidad de información** sobre la población, que permita estudiar la relación entre el fenómeno de estudio y otras variables. Así, la inclusión de variables socioeconómicas y de acceso al sistema de salud y a sistemas de cuidados puede ser especialmente pertinente para posibilitar un estudio profundo del fenómeno de la dependencia.

Otra cuestión importante es la **periodicidad** y estabilidad en el tiempo de las mediciones, pero también la rápida disponibilidad de los datos, es decir, la **oportunidad** de los mismos (Naciones Unidas-CEPAL-UNFPA, 2014).

Por último, es relevante la **accesibilidad** de los datos, que incluye “la facilidad con la que puede conocerse la existencia de la información, así como la forma y la disponibilidad de los datos” (Naciones Unidas-CEPAL-UNFPA, 2014: 32)

## **Fuentes para el estudio de la dependencia entre personas mayores**

En el presente apartado se describen las características generales de las fuentes de datos seleccionadas para cada país en estudio. Se consideraron las encuestas más actuales disponibles que incluyeran información para cuantificar y caracterizar la situación de dependencia de personas mayores en los países objeto de estudio, que como mínimo tengan representatividad a nivel Nacional de la población residente en hogares particulares.

**En España.** La primera encuesta específica sobre Discapacidad en España fue la *Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Minusvalías* (EDDM 1986). La *Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud* (EDDES 1999), fue la segunda encuesta realizada en dicho país.<sup>5</sup> Esta segunda encuesta introdujo una serie de modificaciones y mejoras a la primera realizada en 1986, intentando contemplar las recomendaciones internacionales en esta materia y ampliando la cantidad de información recogida. La EDDES contó con una muestra efectiva amplia de 70.500 hogares con representatividad a nivel nacional, regional y provincial. El tipo de muestreo fue bietápico estratificado (INE, 2015a&b).

La *Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia* (EDAD 2008) fue la tercera encuesta específica sobre Discapacidad en

---

<sup>5</sup> La EDDES fue llevada a cabo por el Instituto Nacional de Estadística (INE) en convenio con el Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO) y la Fundación ONCE, en el año 1999.



España. Fue resultado trabajo multidisciplinar cuyo principal objetivo era “*atender la demanda de información para el Sistema Nacional de Dependencia, proporcionando una base estadística que permitiese guiar la promoción de la autonomía personal y la prevención de las situaciones de dependencia*”(INE 2015b). La realización de la EDAD 2008 constó de tres fases, que se identifican con los siguientes cuestionarios: un Cuestionario de Hogar, dos cuestionarios individuales (Cuestionario de Discapacidades para personas de 6 años o más y Cuestionario de Limitaciones para niños de 0 a 5 años) y un Cuestionario dirigido a las personas cuidadoras principales. La unidad de análisis fue el conjunto de personas que residían en viviendas familiares principales. Cuando una misma vivienda estaba constituida por dos o más hogares, el estudio se extendía a todos ellos, pero de manera independiente para cada hogar. La Encuesta se realizó en todo el territorio nacional de forma tal de poder facilitar estimaciones con un determinado grado de fiabilidad a nivel nacional, de comunidad autónoma y provincial. Contó con un amplio tamaño muestral: 91.846 hogares en la muestra efectiva y 800 centros de cuidado. El período de recogida de la información abarcó cuatro meses, desde octubre de 2007 hasta febrero de 2008. El tipo de muestreo fue bietápico estratificado por municipio (INE, 2010; 2015c).

**En Argentina.** La *Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad* (ENDI), se realizó en Argentina entre noviembre de 2002 y mayo de 2003. Hasta entonces, en Argentina no existía información oficial y masiva acerca de discapacidad de la población desde el Censo de 1960. En virtud de la Ley 25.211, sancionada en 1999, la discapacidad fue incorporada como temática del Censo 2001. El Censo fue utilizado como uno de los instrumentos para la determinación de la muestra (como una primera aproximación a la detección de hogares integrados por alguna personas con discapacidad), sobre la que se implementó una encuesta complementaria de manera posterior al censo. La ENDI tuvo por objetivo cuantificar y caracterizar a las personas con discapacidad *en lo referente al desenvolvimiento de la vida cotidiana* (INDEC CONADIS 2005). La unidad de observación de ENDI fueron los individuos que constituían los hogares compuestos en las viviendas, mientras que una parte de la encuesta sólo se realizaba a los individuos con alguna discapacidad (detectados como tales mediante un módulo de detección). La representatividad de la fuente es urbana, a nivel nacional, regional, 13 provincias, Resto de Buenos Aires (excluidas las localidades de la Ciudad de Bs. As y partidos del GBA) y el aglomerado Gran Buenos Aires. El tipo de muestreo fue probabilístico, polietápico de viviendas (aglomerados, áreas, viviendas).

Una segunda fuente de información en Argentina, relevante para el estudio de la dependencia de adultos mayores, es la *Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de Adultos Mayores* (ENCaVIAM), que fue realizada en el 2012 y constituye la fuente más reciente de información en el país acerca de discapacidad y dependencia entre

adultos mayores, además de ocuparse –a diferencia de ENDI- específicamente de problemáticas del adulto mayor. La selección de personas para responder a la ENCaViAM surge a partir de la inclusión de todas las personas de 60 años de edad o más relevadas en la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) y de la Encuesta Anual de Hogares Urbanos (EAHU) durante el tercer trimestre de 2012. Una vez establecida la muestra, la unidad de observación son los individuos de 60 años y más que integran los hogares de viviendas ubicadas en localidades urbanas de 5000 y más habitantes. Sólo cuenta con representatividad a nivel nacional. La muestra es probabilística y multietápica (aglomerados o departamentos; áreas; viviendas; grupos de rotación).

**En México.** La *Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México* (ENASEM) tiene como objetivo hacer un estudio prospectivo de salud y envejecimiento en México. El primer levantamiento de la ENASEM se realizó en el 2001 y fue aplicada a adultos que nacieron en 1951 o antes. La encuesta de seguimiento se realizó en el 2003. En el 2012 se realizó una tercera fase de seguimiento. Además de las personas de seguimiento (14.283), en el año 2012 se incluyó una muestra de personas nacidas entre 1952 y 1962 (6.259) con la finalidad de no perder la representatividad de la muestra dado que, al ser una encuesta longitudinal, puede haber muchos casos perdidos por fallecimiento, cambios de domicilio, etc. El total de personas encuestadas en el 2012 fue de 20.542. La representatividad de ENASEM es tanto urbana como rural, a nivel nacional. La muestra es trietápica (Unidad Primaria de Muestreo (UPM), viviendas particulares, personas) (INEGI, 2013).

**En Uruguay.** La *Encuesta de Detección de población adulta mayor Dependiente* (EDD) fue realizada en noviembre del 2012 en Uruguay,<sup>6</sup> con el objetivo de detectar los niveles de dependencia de la población adulta mayor, así como de analizar la potencial demanda de cuidados asociados a esta situación en Uruguay.

El universo de referencia de la encuesta fueron todos los hogares particulares con teléfono fijo donde resida alguna persona de 65 años o más. El diseño de la muestra fue aleatorio estratificado por región. Para esto, se definieron dos estratos según región de residencia: Montevideo y localidades del Interior del país. Además, se incorporó un control de cuotas por sexo y edad: varones y mujeres de dos grupos de edad (entre 65 y 74 años y mayores de 75). En totalidad se relevaron 836 casos de los cuales 32 correspondieron a personas mayores impedidas de contestar el teléfono. En estos casos se diseñó un módulo específico para indagar las causas de este impedimento. A los 804 casos restantes se les aplicó la totalidad del formulario.

El **Cuadro 1** resume las principales características de las fuentes de datos

---

<sup>6</sup> Fue realizada en el marco del convenio entre el Ministerio de Desarrollo Social y el Núcleo Interdisciplinario de Estudios de Vejez y Envejecimiento (NIEVE) de la Universidad de la República.

identificadas en cada país. Como puede observarse, las fuentes tienen en común que en su unidad de observación se consideran a los individuos, aunque en algunas también se incluye información de hogares y de las viviendas e incluso de los cuidadores y de las personas institucionalizadas, como es el caso de la EDAD 2008 en España.

El tipo de muestreo varía en cada encuesta y su nivel de representatividad es diferente. Si bien todas son representativas a nivel nacional, en algunos casos también lo son para niveles más desagregados (regional, provincial). Cabe decir que, excepto por Uruguay (donde se realizó una encuesta telefónica), en todos los países seleccionados el método de relevamiento fue a través de la aplicación de cuestionarios de hogar y/o individuales de forma directa.

### **Contenidos generales brindados por las fuentes analizadas**

En el **Cuadro 2** se sintetizan las dimensiones incluidas en cada fuente. Al observar conjuntamente las diversas fuentes, se observa que no todas las encuestas contienen las mismas variables, aunque en algunos casos permitan conocer, desde aproximaciones diferentes, dimensiones temáticas similares.

A continuación se realiza un análisis comparativo de las fuentes según las dimensiones temáticas consideradas:

- **VARIABLES DE VIVIENDA:** esta dimensión está disponible en la ENCaVIAM 2012 de Argentina y la ENASEM 2012 de México, e incluye información acerca del tipo de vivienda, número de habitaciones, disponibilidad de servicios, materiales y ubicación de la vivienda.

- **VARIABLES DEL HOGAR:** en esta temática se consideran las características sociodemográficas de los miembros del hogar (sexo, edad, estado civil, nacionalidad, relación de parentesco, escolaridad, situación laboral, cobertura médica, número de miembros en el hogar, tipo de hogar, migración) y las características del hogar (número de habitaciones, disponibilidad de cocina, baño, tipo de combustible utilizado, régimen de tenencia, adaptaciones al hogar, ingresos de los miembros del hogar, realización de tareas de la casa, gastos incurridos por discapacidad). Todas las encuestas incorporan en alguna medida información referida al hogar, siendo las que abarcan más variables de esta dimensión la EDAD 2008 de España, la ENASEM 2012 de México y la ENCaVIAM 2012 de Argentina.

- **DISCAPACIDADES (DETECCIÓN):** todas las encuestas de los países seleccionados contienen variables relacionadas con la identificación de la discapacidad, limitaciones para ver, oír, comunicarse, aprender, aplicar conocimientos, desplazarse fuera del hogar, ABVD y AIVD. Algunas de las encuestas incluyen información sobre

internación, duración del internamiento. La EDDES 1999 y la EDD 2012 también consideran variables sobre las relaciones afectivas con familiares y la capacidad para relacionarse con otras personas.

- **Discapacidades (severidad, pronóstico, deficiencia de origen, ayuda técnica y asistencia personal):** la EDDES 1999 es la encuesta que abarca una mayor cantidad de variables sobre esta dimensión, considerando variables como: el tipo de ayuda que recibe; severidad de la discapacidad; evolución de la discapacidad; deficiencia de origen; ayudas técnicas que se reciben y no reciben; ayuda de asistencia personal recibida y no recibida; edad de inicio de la discapacidad; deficiencia principal (problema que la causó, duración, edad de inicio); presencia de enfermedades; número de hijos de la madre; edad de la madre cuando nació; número de embarazos y edad de la persona encuestada. En el resto de las encuestas sólo se abordan algunas de las variables incluidas en la EDDES 1999.

- **Cuidados personales:** sobre esta temática, la EDDES 1999 y la EDAD 2008 de España son las encuestas que incluyen un mayor número de variables relacionadas con los cuidados personales, como son: el lugar de residencia de las personas que prestan cuidados; relación de parentesco/no parentesco con los cuidadores; cuidador principal; horas dedicadas al cuidado; actividades/relaciones que se han dejado de hacer por prestar cuidados; recepción de compensación económica por cuidados; satisfacción de necesidades; asistencia por discapacidades. En las demás encuestas por lo general sólo se considera la relación de parentesco/ no parentesco con los(as) cuidadores(as), su lugar de residencia y las horas dedicadas al cuidado.

- **Información relativa a cambios de residencia y pertenencia a ONG como consecuencia de la discapacidad:** esta dimensión es considerada solamente en España y en Uruguay. En el primer país se refiere a variables sobre los cambios de residencia a consecuencia de la discapacidad, los motivos, pertenencia a ONG debido a la discapacidad, deficiencia de origen que motivó la pertenencia a ONG y ONG a la que pertenece. En el caso de Uruguay, en la EDD 2012 únicamente cuenta con la variable sobre pertenencia a ONG(s) debido a la discapacidad.

- **Prestaciones sanitarias, sociales y económicas:** en las fuentes de España (EDDES 1999 y EDAD 2008) se consideran variables sobre la recepción de tratamiento de rehabilitación, de servicios sanitarios y/o sociales, tipos de servicios, motivos por los cuáles no recibió los servicios, tipo de centro donde recibió los servicios, recepción de ayudas económicas y prestaciones. En la ENDI 2002-2003 de Argentina sólo se incluyen variables sobre la recepción de tratamiento de rehabilitación. En el resto de los países seleccionados no se cuenta con dicha información.

- **Cambios en la actividad económica y datos sobre la actividad económica actual:** tanto en la EDDES 1999 como en la EDAD 2008 se incluyen variables sobre la participación en actividades económicas, situación profesional, ocupación,

cambios en la ocupación por discapacidad, tipo de cambio, relación con la actividad antes y después del cambio, relación con la ocupación antes y después del cambio, fomento al empleo, intermediación para el empleo, tipo de contrato, número de empleados en la empresa, búsqueda de otro empleo, fecha en que comenzó a buscar empleo, razones para no conseguir trabajo, actividad en la que le gustaría trabajar, razones por las cuales no busca empleo. En las demás encuestas sólo se contemplan algunas de dichas variables.

- **Información del nivel de estudios cursados:** en las dos encuestas de España y en la ENDI 2002-2003 de Argentina se consideran variables como el nivel de estudios, cursos realizados en los últimos cinco años y asistencia actual a cursos. En la ENCaVIAM 2012 se tiene el nivel de estudios y la asistencia actual a cursos. En el caso de México sólo se capta el nivel de escolaridad.

- **Estado de salud:** en esta dimensión se incluyen variables sobre la autopercepción de la salud, peso y estatura autoinformados, medicamentos tomados, forma de pago de los medicamentos, limitación de actividades por motivos de salud, presencia de enfermedades crónicas, accidentes (tipo de accidente, lugar y consecuencias), accidentes de tráfico, victimación (violencia física, lugar, denuncia, atención médica, lesiones, duración, daños materiales o robo, tipo de daño, denuncia del daño, limitación de actividades por miedo). Las encuestas que integran la mayor parte de estas variables son la EDDES 1999, la EDAD 2008 y la ENCaVIAM 2012. En el resto de las encuestas la información que se recoge se asocia con la autopercepción de la salud y la presencia de ciertas enfermedades.

- **Servicios sanitarios y sociales:** en esta temática se consideran variables sobre el tipo de servicio recibido y el tipo de centro donde lo recibió. Se consideran variables como el edificio dónde está ubicada la vivienda, dificultades para desenvolverse en la vivienda, para conducir, utilizar transporte público, utilización de transporte especial, problemas para desplazarse en la calle. Dicha información sólo se encuentra disponible en las encuestas españolas, siendo la EDDES 1999 la que contiene mayor número de variables al respecto.

- **Hábitos alimentarios:** solamente la EDDES 1999 es la que capta información sobre esta dimensión, considerando variables como el número de comidas diarias, el lugar dónde realiza las comidas principales, el tipo de comida consumida dentro y fuera del hogar.

- **Hábitos de vida:** sobre este tema se incluyen variables acerca del consumo de tabaco y alcohol (cantidad, edad a la que comenzó a consumir, cambios en el consumo) y actividad física (horas que duerme al día, actividad física en el trabajo y en el tiempo libre). Excepto por la ENDI 2002-2003, el resto de las encuestas incluye al menos una variable sobre los hábitos de vida.

- **Redes y contactos sociales:** solamente en la EDAD 2008 y en la ENCaVIAM

2012 se consideran variables acerca de dónde viven familiares, amigos/vecinos, frecuencia de contacto, actividades realizadas en el tiempo libre, dificultades para desenvolverse en su vivienda, tipo de transporte utilizado, cuidado a niños y enfermos.

- **Información relativa a la discriminación:** la única encuesta que contiene variables asociadas con la discriminación por discapacidad es la EDAD 2008.

- **Relación con el entorno y manejo de TIC:** La ENCaVIAM 2012 es la única encuesta que incluye información sobre estas dos temáticas.

## **Caracterización de la discapacidad y la dependencia en las fuentes**

Si bien todas las encuestas consideradas proporcionan en alguna medida información sobre dependencia y discapacidad de personas mayores, no todas incluyen las mismas variables ni las preguntan de la misma manera. Así, las dos encuestas de España, la ENDI de Argentina y la ENASEM de México indagan sobre 'dificultades' para la realización de ciertas actividades, mientras que en la ENCaVIAM de Argentina y en la EDD de Uruguay se pregunta por la 'necesidad de ayuda'.

En el **Cuadro 3** se compara la información sobre discapacidad ofrecida por cada fuente, teniendo en cuenta las preguntas específicas mediante las que se detecta y caracteriza cada problemática asociada a la la discapacidad y, particularmente, a la dependencia (al indagar sobre actividades instrumentales y básicas de la vida diaria).

Una cuestión relevante en el caso de ENDI es que gran parte de las preguntas (marcadas en celeste en el cuadro 3), sólo se realizan en caso de que se haya detectado una persona con discapacidad en el hogar mediante el módulo de detección (el cuál se restringe a algunas dimensiones específicas solamente), de modo que se excluye la posibilidad de detectar casos de discapacidad y dependencia mediante las mismas. Las demás fuentes realizan todas las preguntas a todos los encuestados, reduciendo considerablemente los problemas de subregistro.

Al consultar sobre *movilidad y desplazamiento*, todas las fuentes indagan sobre levantarse y acostarse. Sobre el desplazamiento dentro del hogar, únicamente la ENDI carece de preguntas al respecto. La posibilidad de subir y bajar escaleras sólo es consultada en las fuentes argentinas (ENDI y ENCaVIAM).

En cuanto a la *utilización de manos y brazos*, las fuentes españolas son mucho más detalladas. En Argentina, ENCaVIAM no hace ninguna pregunta relacionada, y ENDI sólo tiene una pregunta general -sobre la posibilidad de agarrar objetos- sin consultar sobre motricidad fina o fuerza. Tampoco la EDD de Uruguay hace preguntas referidas a esto, mientras que en la ENASEM de México hay dos preguntas centradas en la fuerza de agarre, preguntando por la capacidad para levantar un objeto muy liviano y uno relativamente pesado.

Respecto al *desplazamiento fuera del hogar*, ni la ENASEM ni la EDD preguntan al respecto. De las tres preguntas presentes en fuentes españolas, las fuentes argentinas cuentan con dos: la posibilidad de deambular sin transporte y en transporte público (no indagan sobre la capacidad de conducir un vehículo).

Cabe resaltar que todas las encuestas contemplan las variables más importantes para medir las ABVD y AIVD. Sobre el tema del *autocuidado* personal (ABVD), todas las fuentes preguntan sobre el 'aseo personal', 'vestirse/desvestirse' y 'comer y beber'. Menos la ENDI, todas preguntan sobre el uso autónomo del baño, aunque sólo las españolas indagan sobre la capacidad de control de necesidades. La autonomía en la toma de medicamentos sólo la consultan EDAD en España, ENCaVIAM en argentina y EDD en Uruguay. Únicamente la EDAD pregunta sobre la capacidad para evitar situaciones de peligro.

En cuanto a la *realización de tareas del hogar* (AIVD), todas las fuentes preguntan sobre la posibilidad de realizar compras. ENASEM no pregunta nada más en ese tema, pero todas las demás preguntan además por limpieza y mantenimiento de la casa y/o de la ropa. Las EDDES, EDAD, ENCaVIAM y EDD preguntan también sobre la preparación de las comidas. La EDDES, es la única que incluye una pregunta sobre el cuidado de otros miembros del hogar.

Por último, el tema de las *capacidades de socialización*, es abordado en alguna medida en la ENDI, la ENCaVIAM y la ENASEM y más ampliamente en las fuentes españolas (que tienen 3 preguntas cada una sobre el mantenimiento de relaciones, la creación de nuevos vínculos, y relaciones en el ámbito laboral). EDD incluye también una pregunta para cada uno de esos dos primeros ítems.

## **Discusión. Limitaciones y fortalezas de las fuentes en los países seleccionados**

**En España.** En su definición de discapacidad, la *Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia 2008* (EDAD) se basó en las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud -de modo que contempla los lineamientos de la nueva Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF)-, mientras que las dos anteriores basaron su definición de discapacidad en la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM) de 1980. Así, una diferencia importante entre la EDDES 1999 y la EDAD 2008 es el propio concepto de discapacidad: mientras que la EDDES 1999 pregunta directamente por discapacidades que tengan su origen en una deficiencia, en la EDAD 2008 se ha ampliado esta definición en tres sentidos: 1) se pregunta por *dificultad* o discapacidad para la realización de actividades, 2) se incluye la posibilidad de reportar discapacidades que pueden no tener su origen en

una deficiencia claramente delimitada, 3) el número de discapacidades consideradas se aumentó de 36 a 44.

Por otra parte, mientras la EDDES no incluyó información de personas institucionalizadas ni un cuestionario específico a cuidadores, la EDAD 2008 incorporó información sobre personas con discapacidad que residen tanto en domicilios familiares (hogares) como en centros y recoge información de gran interés sobre los cuidadores de las personas con discapacidad o limitación.

La EDAD 2008 posee una enorme batería de preguntas que permiten un profundo análisis de la situación de las personas en situación de dependencia, e incluye (como novedad también) la incorporación de un módulo sobre discriminación por motivos de discapacidad. Al igual que EDDES, permite representatividad a nivel nacional, regional y provincial.

Entre las limitaciones más importantes de EDAD, cabe resaltar la gran cantidad de valores perdidos, observados en variables relevantes de la base que recoge información detallada sobre las personas con discapacidad (residentes en hogares particulares). En particular, llama la atención la alta proporción de valores perdidos en las variables que indagan sobre dificultades en la realización ABVD y las AIVD, que varía en el rango de 25 al 80%, con un promedio de valores perdidos del 39% en el caso de las ABVD y del 36% para las AIVD. El propio INE (2015c) elaboró un documento en el que se analizan los errores ajenos al muestreo, en particular los debidos a la falta de respuesta en la EDAD 2008, para lo cual diseñó un cuestionario de evaluación que buscó obtener información sobre las características básicas de las unidades en las que se produjo la falta de respuesta en la encuesta. Si bien este instrumento incluyó un cuestionario para identificar si existe alguna persona con discapacidad en el hogar, el informe publicado no contiene resultados acerca de cómo se distribuyen las no respuestas en términos de los hogares con y sin personas con discapacidad.

**En Argentina.** La *Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad 2002-2003* (ENDI) incluye gran cantidad de indicadores, algunos de los cuales indagan específicamente acerca de las dificultades o discapacidades en ABVD (comer, vestirse, bañarse, etc.) y AIVD (hacer la comida, tomar o administrar sus medicamentos, hacer las compras, etc.). Por este motivo, tendría potencial para constituirse en una herramienta de gran utilidad para analizar las situaciones de dependencia asociadas a la vejez, así como la demanda de cuidados entre las personas mayores. Sin embargo, los indicadores relevantes para los intereses particulares del estudio de dependencia en la vejez se relevan a partir de las preguntas que sólo se realizan para aquellas personas detectadas con alguna discapacidad a partir del módulo de detección de la encuesta (el cual se restringe a sólo algunas dimensiones de la discapacidad), en el cual las dificultades para realizar actividades BVD o IVD no están consideradas para



definir discapacidad. De este modo, preguntas que podrían constituir por sí mismas una herramienta de detección de situaciones de discapacidad, y particularmente de dependencia, quedan supeditadas a criterios de detección previos. En este sentido, el módulo de detección tiene algunas características que permiten suponer problemas de sub registro para el caso de la dependencia: las preguntas de ENDI relacionadas con la capacidad de desarrollar de manera autónoma las actividades cotidianas no se encuentran, en ningún caso, dentro del módulo de detección. La organización de las preguntas, así como su redacción y ejemplos entre paréntesis, podrían inducir a los encuestados a no reconocer situaciones de discapacidad dentro del hogar, interpretando que sólo los casos más extremos y típicos de discapacidad ameritan una respuesta afirmativa a las preguntas destinadas a la detección.

Por otra parte, ENDI podría tener problemas de cobertura relacionados con la construcción de la muestra. Al respecto, Joly (2006) señala, la utilización de los casos detectados por el Censo 2001 como parte de la primera etapa en la delimitación de la muestra. Es que en el caso del CENSO el sub registro es aún más grave, debido a su foco en discapacidades planteadas "*en términos exclusivamente médicos y no funcionales*" (Joly, 2006: 3), y a que la formulación de la pregunta "*presupone que el censado sepa qué es la discapacidad y no la perciba como un concepto estigmatizante*" (Joly, 2006). El sub registro del CENSO queda en evidencia al comparar la prevalencia de discapacidad que registra, de sólo el 2%, con la de la propia ENDI, del 7.1%.

Otra limitación de la ENDI que puede señalarse es que la caracterización socioeconómica de la población con alguna discapacidad es limitada para reconocer la relación entre discapacidad y pobreza (Jury 2006). Respecto de la cobertura, sólo tiene cobertura urbana y no puede ser desagregada a nivel provincial (INDEC CONADIS 2005). Por otra parte, los microdatos no son de acceso público, sino que los resultados son presentados a partir de algunos cuadros con información procesada.

La *Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de Adultos Mayores 2012* (ENCaVIAM 2012), a diferencia de ENDI, realiza el cuestionario completo a todas las personas de la muestra que cumplen, por su edad (60 años o más), con la condición de ser persona adulta mayor (INDEC, 2012). Además, la ENCaVIAM caracteriza socio demográficamente a la población encuestada, permitiendo reconocer la interrelación entre discapacidad, y en su caso dependencia, y condiciones materiales de vida. Al igual que ENDI, la ENCaVIAM sólo tiene cobertura urbana. Sólo tiene representatividad nacional y su mayor limitación es, posiblemente, el limitado tamaño de la muestra. La muestra de la ENCaVIAM corresponde a una submuestra de la encuesta en que se basa (la EAHU), habiéndose encuestado un total de 4.654 adultos mayores, correspondientes a menos del 0,1% de las personas mayores del país. Por otra parte, a diferencia de España, la ENCaVIAM no prevé sustitutos para

aquellos casos de personas que no son capaces de responder a la encuesta, de modo que los mismos quedan excluidos del relevamiento.

**En México.** Una de las principales fortalezas de la *Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México* (ENASEM 2012) es la posibilidad que brinda de hacer un análisis prospectivo y longitudinal de las condiciones de salud, socioeconómicas, familiares y de discapacidad de las personas mayores. El abordaje de estas temáticas en una misma encuesta permite hacer cruces entre variables como, por ejemplo, el estado de salud y la situación laboral; o bien los arreglos familiares y las condiciones de discapacidad de las personas. En este sentido la ENASEM constituye una herramienta superadora de las encuestas sobre envejecimiento mexicanas que se enfocan exclusivamente sobre las condiciones de salud, limitándose a considerar, por ejemplo, la funcionalidad y el uso de servicios médicos; la calidad de vida de las personas mayores institucionalizadas; o las enfermedades mentales y sus implicaciones.

Otra ventaja de la ENASEM 2012 es la consideración de una sub muestra, de la cual se toman medidas antropométricas: en esta encuesta se consideran informantes sustitutos para responder cuando por alguna razón la persona seleccionada tiene alguna dificultad para responder (discapacidad, enfermedad), así como para captar información sobre aquellos que fallecieron (INEGI, 2013).

Entre las principales debilidades de la ENASEM está el hecho de medir con una sola pregunta los diferentes tipos de limitaciones (ver, oír, aprender, desplazarse, utilizar brazos y manos, realizar tareas del hogar), referida principalmente a las dificultades que se han presentado por problemas de salud. Tampoco es posible indagar sobre la severidad de la discapacidad, lo cual sería de gran importancia para conocer las necesidades específicas de las personas mayores.

En relación con los cuidados, existe una sección dedicada a los apoyos recibidos y otorgados (económicos y no económicos) que, enfocada únicamente en los apoyos familiares, no aborda con detalle el tipo de apoyo (sobre todo el no económico) que reciben las personas mayores, sino que sólo se pregunta por el tiempo dedicado y la relación de parentesco.

**En Uruguay.** Si bien la *Encuesta de Detección de Dependencia de Personas Mayores en Uruguay 2012* (EDD 2012) se centró en la detección de la dependencia, también se incorporaron preguntas hasta entonces no relevadas en las fuentes tradicionales de datos en Uruguay, como la existencia de redes de apoyo potenciales y configuraciones familiares más allá de la unidad analítica del hogar, así como indicadores relativos a la participación social de las personas mayores. Ambas dimensiones se vinculan a la dimensión de entornos sociales favorables a las personas mayores desde la perspectiva de las políticas públicas y constituirían 'lagunas' en las fuentes de datos en Uruguay.

Esta encuesta fue la primera de su tipo realizada en Uruguay con representatividad en todo el país de la población de personas mayores. La finalidad y el interés primero era la detección de población en situación de dependencia en todo el país.

Una de las limitaciones de la EDD tiene que ver con la confección de la muestra y el tipo de encuesta dado que, al realizarse telefónicamente, se excluye a una minoría de hogares en los cuales no penetra el teléfono fijo, que alcanza a un 82% de hogares uruguayos y se eleva a más del 90% en la capital del país, según datos del censo 2011.

Por otra parte, una vez detectada la dependencia global, en la EDD queda restringida la posibilidad de realizar una discriminación por tipo de actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, debido a la limitada representatividad estadística que permite la cantidad total de casos. Aun así, se logra detectar la dependencia por tipo de actividades y la cantidad de personas que ésta abarca mediante la utilización de expansores.

La encuesta permitió detectar personas mayores en situación de dependencia, en situación de dependencia severa con limitaciones en al menos una actividad de la vida diaria y en dependencia moderada con limitaciones en actividades instrumentales de la vida diaria. De esta manera se obtuvo por primera vez en el país una aproximación a la situación de dependencia de las personas mayores como insumo para la implementación de un sistema de cuidados que está empezando a desarrollarse en Uruguay a partir de este año.

## **Conclusiones**

La creciente visibilidad y relevancia que el fenómeno de dependencia y demanda de cuidados entre las personas mayores adquiere en el marco del envejecimiento de la población, ha impulsado esfuerzos de aproximación empírica en diversos países. En este sentido, el antecedente de España resulta fundamental, ya que cuenta con una significativa trayectoria, tanto por la masividad como complejidad de la información que proporcionan sus fuentes.

Teniendo en cuenta la importancia de las fuentes de datos para lograr un acercamiento a la problemática de la dependencia, pero también como base sobre la cual diseñar intervenciones públicas y sistemas de cuidados, reconociendo niveles y prioridades de demandas, el presente estudio se ocupó de analizar las fuentes de datos disponibles en países de la región en avanzado proceso de envejecimiento demográfico (Argentina y Uruguay) y más reciente (México), así como en España.

Se analizaron las dos principales y más recientes encuestas específicas sobre discapacidad en España, que permitían en estudio de la dependencia: la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud (EDDES 1999) y la Encuesta

sobre Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD 2008). En la región, se detectaron las fuentes que en cada uno de los tres países de estudio permitían un abordaje empírico de la temática de la situación de dependencia en adultos mayores. Así, en Argentina se reconocieron dos fuentes: la Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad 2002 y 2003 (ENDI) y la Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de Adultos Mayores 2012 (ENCaVIAM). En México se identificó la Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México 2012 (ENASEM) y en Uruguay, la Encuesta de Detección de población adulta mayor Dependiente 2012 (EDD).

El ejercicio realizado en este documento ha permitido dar cuenta de algunos de los avances y limitaciones en las encuestas de los países seleccionados. En España se cuenta con información detallada sobre la funcionalidad dentro y fuera del hogar, así como la capacidad para cuidarse a sí mismo y relacionarse con otras personas. Argentina también muestra algunos avances en sus encuestas para captar esa información. En cambio, en las fuentes de México y Uruguay no se realizan preguntas sobre las dificultades a las que se enfrentan las personas mayores fuera del hogar. En Uruguay tampoco se cuenta con datos sobre las limitaciones para usar brazos y manos y en México no se tratan aspectos sobre las relaciones con otras personas. Un problema común a las fuentes de toda la región es la limitación de sus bases muestrales, reduciendo la capacidad de desagregar los resultados, por el riesgo de perder la representatividad estadística.

Las fuentes de datos disponibles en España, Argentina, México y Uruguay, que incluyen preguntas referidas a discapacidades en ABVD y AIVD, y que son representativas de la población total residente en hogares particulares en cada país, no han sido construidas mediante una metodología común, ni incluyen las mismas variables, dado que cada encuesta fue construida bajo objetivos distintos en contextos específicos.

Una diferencia significativa entre las fuentes es la manera de captar la situación de discapacidad (y por tanto también la situación de dependencia), que responde, a su vez, a una diferente definición subyacente de la misma, o al diferente interés en el fenómeno específico de la dependencia. Así, en algunos casos los instrumentos se centran en la falencia física/de salud del individuo, y otras incluyendo, o se orientan puntualmente a, la perspectiva funcional, es decir las dificultades existentes para realizar actividades y, particularmente, la necesidad de ayuda, que es la que permite operacionalizar la dependencia. Aun así, todas fuentes analizadas consideran las ABVD y las AIVD más importantes, por lo que permiten avanzar en la cuantificación y caracterización de la problemática de la dependencia en los países analizados, aunque a consciencia de las limitaciones en la comparabilidad de los resultados.

El trabajo aquí desarrollado posibilita observar la disponibilidad de información

actual, los aspectos comunes y los vacíos existentes en las fuentes de datos para medir la situación de dependencia en los países estudiados. Así, ayuda a reconocer los principales desafíos para mejorar la calidad de la información al interior de cada país, así como a visualizar la forma de avanzar en la medición de la dependencia de forma comparada. Sin embargo, este primer análisis de la calidad de las fuentes de datos debe ser complementado por una evaluación de las mismas a partir de la información obtenida de su implementación.<sup>7</sup>

El estudio sobre la calidad y validez de la información que proporcionan las fuentes de cada uno de los países, permite avanzar en la construcción de Baremos de Dependencia, útiles para aproximarse a las necesidades asistenciales específicas de la población con dependencia de cada país. Para ello es importante tener presente que los Baremos de Dependencia<sup>8</sup> tratan de centrar la medición en la *necesidad de ayuda* más que en la *dificultad* para la realización de la actividad (una de las diferencias más importantes encontradas entre las fuentes estudiadas), aún cuando utilicen preguntas sobre discapacidades y no sobre dependencia únicamente.<sup>9</sup>

## Referencias

- ARRIBAS (2004). Diseño y validación de cuestionarios. *Matronas profesión*,5(17), 23-29.
- CEPAL (2012). *Anuario estadístico de América Latina y el Caribe 2012*. División de Estadística y Proyecciones Económicas, Santiago de Chile.
- CONCHA , BARRIGA Y HENRÍQUEZ (2011). “Los conceptos de validez en la investigación social y su abordaje pedagógico”. *Revista Latinoamericana de Metodología de las Ciencias Sociales ReLMeCS*, 1(2), 91-111.
- CORRAL (2009). Validez y confiabilidad de los instrumentos para la recolección de datos. *Revista ciencias de la educación*, 19(33), 228-247.

---

<sup>7</sup> El análisis de la información obtenida luego de la implementación del instrumento estadístico permite aplicar otras estrategias para detectar errores y evaluar la calidad del instrumento. Además, algunas características del tal instrumento y su calidad se vinculan con el proceso mismo de recolección de la información y carga de datos (como detectar inexactitudes de los datos durante el proceso de implementación de la encuesta o de la carga de datos, la evaluación de los errores de registro en los formularios durante el relevamiento, de la consistencia externa de la información obtenida, de la cobertura efectiva, etcétera).

<sup>8</sup> “El Baremo es el instrumento que establecerá los criterios objetivos de valoración del grado de autonomía de la persona, de su capacidad para realizar las distintas actividades de la vida diaria, los intervalos de puntuación para cada uno de los grados de dependencia y el protocolo con los procedimientos y técnicas a seguir para la valoración de las aptitudes observadas, en su caso” (Ley 39/2006, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, artículo 27).

<sup>9</sup> Ejemplos en este sentido son los trabajos de Villaplana Prieto (2010) y de Herranz Peinado et al (2011).

- ESCOBAR-PÉREZ Y CUERVO-MARTÍNEZ (2008). Validez de contenido y juicio de expertos: una aproximación a su utilización. *Avances en medición*, 6, 27-36.
- HERNÁNDEZ SAMPIERI, FERNÁNDEZ-COLLADO Y BAPTISTA LUCIO (2006). *Metodología de la investigación social*. Ed. Mc Graw-Hill Interamericana: Mexico.
- HERRANZ PEINADO, MARTIN CARABALLO, SEGOVIA GONZALES, GERRERO CASAS (2011). "Estudio comparativo de la dependencia en España según EDDDES 1999 y EDAD 2008". Presentado en las *XIX Jornadas ASEPUMA* en Valencia, España.
- HUETE GARCÍA y QUEZADA GARCÍA (2011). *La discapacidad en las fuentes estadísticas oficiales. Examen y propuestas de mejora. Análisis formal y de contenido sobre discapacidad, en encuestas y otras referencias del Instituto Nacional de Estadística (INE)*. Grupo Editorial Cinca, S. A., Madrid.
- INDEC (2012). "Encuesta Nacional Sobre Calidad de Vida de Adultos Mayores 2012". Documento para la utilización de la base de datos usuario.
- INDEC CONADIS (2005). "La población con discapacidad en la Argentina. Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad (ENDI)". Buenos Aires.
- INE (1999). "Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud (EDDES)" Disponible en: <http://goo.gl/NKwmes> [Mayo de 2015].
- INE (2008). "Encuesta sobre Discapacidades, Autonomía personal y Dependencia (EDAD)". Disponible en: <http://goo.gl/ch1MfS> [Mayo de 2015].
- INE (2010). "Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía personal y Situaciones de Dependencia (EDAD). Metodología". Disponible en: <http://goo.gl/ABXF2t> [Junio de 2015].
- INE (2015a). "Análisis de la Falta de Respuesta EDDDES, 1999". Disponible en <http://goo.gl/6Dseym> [Junio de 2015].
- INE (2015b). "Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud (EDDES). Metodología". Disponible en: <http://goo.gl/qLa28O> [Junio de 2015].
- INE (2015c). "Evaluación de la falta de respuesta en la encuesta EDAD 2007-2008". Disponible en: <http://goo.gl/9derjw> [Junio de 2015].
- INE (2015d). "Cuestionarios de la Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud. Disponible (EDDES)". Disponible en <http://goo.gl/9UekI4> [Mayo de 2015].
- INE (2015e). "Cuestionarios de la Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía personal y Situaciones de Dependencia (EDAD)". Disponible en <http://goo.gl/jypOu3> [Mayo de 2015].
- INEGI (2013). "Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México". Disponible en: <http://goo.gl/N2k1gX> [Mayo de 2015].
- INEGI (2013b). *Diseño muestral de la Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México (ENASEM) 2012*. México.
- JOLY (2006). "¿Podemos confiar en la ENDI?". *IV Jornadas Nacionales Universidad*

y *Discapacidad: 'Reconocer la diferencia para proteger la igualdad'*. Facultad de Derecho, Universidad de Buenos Aires, 5, 6 y 7 de julio de 2006.

LEY 39/2066 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Boletín Oficial del Estado (BOE), núm. 299, de 15 de diciembre de 2006, Referencia: BOE-A-2006-21990. España.

MENDOZA Y GARZA (2009). La medición en el proceso de investigación científica: Evaluación de validez de contenido y confiabilidad. *Inovaciones de Negocios*, 6(1), 17 -32.

Naciones Unidas-CEPAL-UNFPA (2014). “Los datos demográficos Alcances, limitaciones y métodos de evaluación”. *Serie Manuales*, nº 82. Fondo de publicación de las Naciones Unidas.

NIEVE-MIDES (2012). “Encuesta de Detección de Dependencia de Personas Mayores en Uruguay 2012”. Uruguay.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud*. Disponible en: [http://conadis.gob.mx/doc/CIF\\_OMS.pdf](http://conadis.gob.mx/doc/CIF_OMS.pdf) [Septiembre de 2015].

QUEREJETA GONZÁLEZ (2004). *Discapacidad/Dependencia, unificación de criterios de valoración y clasificación*. IMSERSO, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad, Madrid.

RIVERO FERNANDEZ TONI et al. (2011). *Actas de la dependencia*. CASER, Fundación para la dependencia, Madrid.

VILLAPLANA PRIETO (2010). “Estimación de la dependencia en España a partir de la EDAD 2008”. *Hacienda Pública Española / Revista de Economía Pública*, 194-(3/2010), 125-175.

## Anexo: Cuadros

Cuadro 1: Características principales de las fuentes sobre discapacidad en España, Argentina, México y Uruguay.

CARACTERÍSTICA	ESPAÑA		ARGENTINA		MÉXICO	URUGUAY
	EDDES 1999	EDAD 2008	ENDI 2002-2003	ENCaVIAM 2012	ENASEM 2012	EDD 2012
<b>Unidad de observación</b>	Individuos Hogares Viviendas	Individuos Hogares Viviendas/ establecimientos colectivos Cuidadores	Individuos Hogares Viviendas	Individuos Hogares Viviendas	Individuos	Individuos
<b>Muestra</b>	<i>Bietápico</i>	<i>Bietápico</i>	Probabilística, polietápica de viviendas	Probabilístico, multietápico	Trietápico (Unidad Primaria de Muestreo (UPM), Viviendas particulares, Personas).	804 casos representativos de todo el país. Muestreo autoponderado por grandes regiones (Montevideo e Interior) y por grandes grupos de edad (65-74 y 75 y más)
	(Secciones censales, Viviendas particulares)	(Secciones censales, Viviendas particulares)	(Aglomerados, áreas, viviendas)	(Aglomerados o departamentos; áreas; viviendas; grupos de rotación)  Personas de 60 años y más que viven en localidades urbanas de 5000 y más habitantes		
	Tamaño base Hogares: 70.500	Tamaño base Hogares: 91.846 Tamaño base Individuos: 260.000	Tamaño base viviendas: 67.000	Tamaño base individuos: 4.654		
<b>Método de relevamiento</b>	Cuestionario hogar  Cuestionario deficiencia (<6; >6)  Cuestionario salud	Cuestionario Hogar  Cuestionario discapacidades (>=6 años) y limitaciones (<6 años)  Cuestionario cuidadores (individuos/ centros asistenciales)	CENSO 2001  Cuestionario ENDI	Cuestionario EAHU  Cuestionario Encaviam	Cuestionario Básico (incluye información sobre los integrantes del hogar, la vivienda y el individuo)	Teléfonica
<b>Cobertura</b>	Representatividad provincial	Representatividad provincial	Representatividad urbana nacional, regional, 13 provincias, Resto de Buenos Aires (excluidas las localidades de la Ciudad de Bs. As y partidos del GBA) y el aglomerado Gran Buenos Aires.	Representatividad urbana nacional	Representatividad nacional, urbana y rural	Todo el país (pero no cada departamento) con cuotas Montevideo e interior y por grupos de edad (65 a 74 y 75 y más)

Fuente: Elaboración propia sobre la base de INE (2015a,b&c; 2010), INDEC (2012), INDEC-CONADIS (2005), INEGI (2013), NIEVE-MIDES (2012).



Cuadro 2: Contenidos generales en encuestas sobre Envejecimiento o Discapacidad en España, Argentina, México y Uruguay.

Dimensiones/ Variables	España		Argentina		México	Uruguay
	EDDES 1999	EDAD 2008	ENDI 2002-2003	ENCaVIAM 2012	ENASEM 2012	EDD 2012
Variables de la vivienda	NO	NO	NO	SI	SI	NO
Variables del hogar						
Discapacidades (detección)	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Discapacidades (severidad, pronóstico, deficiencia de origen, ayuda técnica y asistencia personal)	SI	SI	SI	NO	SI	SI
Cuidados personales	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Información relativa a cambios de residencia y pertenencia a ONG como consecuencia de discapacidad	SI	SI	NO	NO	NO	SI
Prestaciones sanitarias, sociales, económicas	SI	SI	SI	NO	NO	NO
Cambios en la actividad económica y datos sobre la actividad económica actual	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Información del nivel de estudios cursados	SI	SI	SI	SI	SI	NO
Estado de salud	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Servicios sanitarios y sociales	SI	SI	NO	NO	NO	NO
Hábitos alimentarios	SI	NO	NO	NO	NO	NO
Hábitos de vida	SI	SI	NO	SI	SI	SI
Redes y contactos sociales	NO	SI	NO	SI	NO	NO
Información relativa a la discriminación	NO	SI	NO	NO	NO	NO
Relación con el entorno	NO	NO	NO	SI	NO	NO
Manejo de TIC	NO	NO	NO	SI	NO	NO

Fuente: Elaboración propia sobre la base de INE (2015a,b&c; 2010), INDEC (2012), INDEC-CONADIS (2005), INEGI (2013), NIEVE-MIDES (2012).

Cuadro 3: Contenidos de los módulos Funcionalidad-Discapacidad-Dependencia en las encuestas sobre Envejecimiento o Discapacidad en España, Argentina, México y Uruguay (EDDES 1999; EDAD 2008; ENDI 2002-2003; ENCaVIAM 2012; ENASEM 2012; EDD 2012).

<b>Funcionalidad: Movilidad y desplazamiento</b>						
	<b>ESPAÑA</b>		<b>ARGENTINA</b>		<b>MEXICO</b>	<b>URUGUAY</b>
<b>DISCAPACIDAD EN ABVD O EN AIVD</b>	<b>EDDES 1999</b>	<b>EDAD 2008</b>	<b>ENDI 2002-2003</b>	<b>ENCaVIAM 2012</b>	<b>ENASEM 2012</b>	<b>EDD 2012</b>
<b>Preguntas</b>	¿Padece discapacidad para:	¿Por problemas de salud o discapacidad tiene una dificultad importante para:	¿Tiene dificultad permanente para:	¿Necesita ayuda para:	¿Debido a problemas de salud tiene alguna dificultad en:	De las siguientes actividades que le voy a nombrar, ¿puede indicarme si necesita ayuda para realizar alguna de ellas?
Cambiar y mantener las diversas posiciones del cuerpo	Cambiar y mantener las diversas posiciones del cuerpo	Mantener el cuerpo en una misma posición sin ayuda, por ej mantenerse de pie o sentado?	NO	NO	Inclinarse su cuerpo, arrodillarse, agacharse o ponerse en cuclillas? ; Subir o extender los brazos más arriba de los hombros?	NO
Levantarse, acostarse, mantenerse de pie o sentado	Levantarse, acostarse, mantenerse de pie o sentado	Cambiar de posturas por ejemplo, levantarse, acostarse..	Levantarse, acostarse, mantenerse de pie o sentado	Levantarse y acostarse de la cama?	Levantarse de una silla después de haber estado sentado durante largo tiempo? Acostarse y levantarse de la cama?	Acostarse y levantarse de la cama / Acostarse y levantarse de la silla
Desplazarse dentro del hogar	Desplazarse dentro del hogar	Andar sin ayuda, por ej desplazarse de una habitación a la otra?	NO	Para desplazarse dentro de la casa	Para caminar de un lado a otro de un cuarto?	Caminar dentro de su casa
Bajar y subir escaleras	NO	NO	Caminar o subir escaleras?	Para bajar y subir escaleras	NO	NO

<b>Utilizar brazos y manos</b>						
	<b>ESPAÑA</b>		<b>ARGENTINA</b>		<b>MEXICO</b>	<b>URUGUAY</b>
<b>DISCAPACIDAD EN ABVD O EN AIVD</b>	<b>EDDES 1999</b>	<b>EDAD 2008</b>	<b>ENDI 2002-2003</b>	<b>ENCaVIAM 2012</b>	<b>ENASEM 2012</b>	<b>EDD 2012</b>
<b>Preguntas</b>	¿Padece discapacidad para:	¿Por problemas de salud o discapacidad tiene una dificultad importante para:	¿Tiene dificultad permanente para:	¿Necesita ayuda para:	¿Debido a problemas de salud tiene alguna dificultad en:	De las siguientes actividades que le voy a nombrar, ¿puede indicarme si necesita ayuda para realizar alguna de ellas?

Trasladar, transportar objetos no muy pesados	Trasladar, transportar objetos no muy pesados	Transportar algo con los brazos, por ejemplo un objeto de 3 kilos	Agarrar objetos con una o las dos manos?	NO	Levantar o transportar objetos que pesan más de 5 kilos, como una bolsa pesada de alimentos?	NO
Utilizar utensilios y herramientas	Utilizar utensilios y herramientas	Manipular y mover objetos sin ayudas y sin supervisión, por ej: lanzar una pelota, alcanzar un objeto, empujar una silla		NO	NO	NO
Manipular objetos pequeños con manos y dedos	Manipular objetos pequeños con manos y dedos	Manipular y mover objetos pequeños con manos y dedos sin ayuda y sin supervisión? Por ej: coger y soltar monedas, cortar con tijeras, escribir con un bolígrafo		NO	Recoger una moneda de 1 peso de la mesa?	NO

<b>Desplazarse fuera del hogar</b>						
	<b>ESPAÑA</b>		<b>ARGENTINA</b>		<b>MEXICO</b>	<b>URUGUAY</b>
<b>DISCAPACIDAD EN ABVD O EN AIVD</b>	<b>EDDES 1999</b>	<b>EDAD 2008</b>	<b>ENDI 2002-2003</b>	<b>ENCaVIAM 2012</b>	<b>ENASEM 2012</b>	<b>EDD 2012</b>
<b>Preguntas</b>	¿Padece discapacidad para:	¿Por problemas de salud o discapacidad tiene una dificultad importante para:	¿Puede (estas preguntas solo se hacen luego del filtro)	¿Necesita ayuda para:	¿Debido a problemas de salud tiene alguna dificultad en:	De las siguientes actividades que le voy a nombrar, ¿puede indicarme si necesita ayuda para realizar alguna de ellas?
Deambular sin medio de transporte	Deambular sin medio de transporte	Andar sin ayuda fuera del hogar/centro, por ej desplazarse por la calle sin medios de transporte?	Salir? (si, por si mismo;si, con ayuda;no puede)	Salir de su casa (para pasear, ir al médico, hacer compras)	NO	NO
Desplazarse en transporte público	Desplazarse en transporte público	Desplazarse utilizando medios de transporte sin ayuda y sin supervisión?	Viajar en transporte público? (si, por si mismo;si, con ayuda;no puede)	Viajar en transporte público, taxi, remis, auto particular?	NO	NO
Conducir vehículo propio	Conducir vehículo propio	Conducir vehículos?	NO	NO	NO	NO

**ABVD**

	ESPAÑA		ARGENTINA		MEXICO	URUGUAY
DISCAPACIDAD EN ABVD O EN AIVD	EDDES 1999	EDAD 2008	ENDI 2002-2003	ENCaVIAM 2012	ENASEM 2012	EDD 2012
<b>Preguntas</b>	¿Padece discapacidad para:	¿Por problemas de salud o discapacidad tiene una dificultad importante para:	¿Puede (estas preguntas solo se hacen luego del filtro)	¿Necesita ayuda para:	¿Debido a problemas de salud tiene alguna dificultad en:	De las siguientes actividades que le voy a nombrar, ¿puede indicarme si necesita ayuda para realizar alguna de ellas?
Asearse solo: lavarse y cuidar su aspecto	Asearse solo: lavarse y cuidar su aspecto	Lavarse y secarse diversas partes del cuerpo sin supervisión?	¿Puede lavarse y cuidar de su aspecto? (vestirse, desvestirse, arreglarse, etc.)(si, por si mismo;si, con ayuda;no puede)	Bañarse, incluyendo entrar y salir de la bañera	Para bañarse en una tina o regadera?	Bañarse o lavarse
Controlar las necesidades y utilizar sólo el servicio	Controlar las necesidades y utilizar sólo el servicio	1. Controlar la necesidad de orinar y sus actividades relacionadas, como llegar a tiempo al baño, quitarse o ponerse la ropa, o limpiarse sin ayuda y sin supervisión 2. Controlar las necesidades de defecar, y sus actividades relacionadas, como llegar a tiempo al baño, quitarse o ponerse la ropa, o limpiarse, sin ayuda y sin supervisión?	NO	Usar el inodoro e higienizarse?	Usar el excusado, incluyendo subirse y bajarse o ponerse en cuclillas?	Usar el baño
Vestirse, desvestirse y arreglarse	vestirse, desvestirse y arreglarse	1. Vestirse y desvestirse, sin ayudas y sin supervisión? Por ej ponerse o quitarse la ropa y el calzado, elegir la ropa adecuada de acuerdo a las condiciones climáticas 2. Realizar los cuidados básicos del cuerpo sin ayuda y sin supervisión, por ej peinarse, cortarse las uñas	¿Puede lavarse y cuidar de su aspecto? (vestirse, desvestirse, arreglarse, etc.)(si, por si mismo;si, con ayuda;no puede)	1. Peinarse, lavarse los dientes o lavarse la cara? 2. Vestirse y desvestirse?	Vestirse, incluyendo ponerse los zapatos y los calcetines?	Vestirse y desvestirse

Comer y beber	comer y beber	Comer y beber sin ayudas ni supervisión?	Puede Comer y beber?(si, por si mismo;si, con ayuda;no puede)	Necesita ayuda de una persona para comer en un tiempo razonable	Al comer, por ejemplo para cortar su comida?	LLevarse comida a la boca
Tomar medicamentos	NO	Cumplir prescripciones médicas sin supervisión? Por ej tomar correctamente la medicación, seguir dietas, asistir a consultas médicas	NO	Organizar medicamentos y tomarlos?	NO	Organizar y tomar medicamentos
Evitar situaciones de peligro	NO	Evitar situaciones de peligro, sin ayuda y sin supervisión? Por ej apagar el gas, respetar los semáforos.	NO	NO	NO	NO

AIVD						
	ESPAÑA		ARGENTINA		MEXICO	URUGUAY
DISCAPACIDAD EN ABVD O EN AIVD	EDDES 1999	EDAD 2008	ENDI 2002-2003	ENCaVIAM 2012	ENASEM 2012	EDD 2012
<b>Preguntas</b>	¿Padece discapacidad para:	¿Por problemas de salud o discapacidad tiene una dificultad importante para:	¿Puede (estas preguntas solo se hacen luego del filtro)	¿Necesita ayuda para:	¿Debido a problemas de salud tiene alguna dificultad en:	De las siguientes actividades que le voy a nombrar, ¿puede indicarme si necesita ayuda para realizar alguna de ellas?
Compras y control de suministros y servicios	Cuidarse de las compras y controlar los suministros y servicios	Recibe supervisión o asistencia personal para hacer las compras?	¿Puede realizar compras?(si, por si mismo;si, con ayuda;no puede)	Hacer las compras?	Hacer compras de víveres/mandado?	Hacer las compras
Comidas	Cuidarse de las comidas	Preparar comidas sin ayuda o supervisión?	NO	Preparar comidas calientes	NO	Preparar comida
Limpieza y el cuidado de la ropa	Cuidarse de la limpieza y el cuidado de la ropa	NO (pero está incluida en la siguiente pregunta)	NO (pero está incluida en la siguiente pregunta)	NO (pero está incluida en la siguiente pregunta)	NO	NO
Limpieza y mantenimiento de la casa	Limpieza y mantenimiento de la casa	Ocuparse de las tareas domésticas sin ayuda y sin supervisión? Por ej limpiar, lavar la ropa, usar aparatos domésticos	¿Puede realizar las tareas domésticas?(-si, por si mismo;si, con ayuda;no puede)	Hacer las tareas del hogar?	NO	Quehaceres ligeros
Cuidar del bienestar de los demás miembros de la flia	Cuidarse del bienestar de los demás miembros de la flia	NO	NO	NO	NO	NO

### Relacionarse con otras personas

DISCAPACIDAD EN ABVD O EN AIVD	ESPAÑA		ARGENTINA		MEXICO	URUGUAY
	EDDES 1999	EDAD 2008	ENDI 2002-2003	ENCaVIAM 2012	ENASEM 2012	EDD 2012
<b>Preguntas</b>	¿Padece discapacidad para:	¿Por problemas de salud o discapacidad tiene una dificultad importante para:	¿Tiene dificultad permanente para:			Cuál de las siguientes actividades realiza ud. y con qué frecuencia?
Mantener relaciones de cariño con familiares próximos	Mantener relaciones de cariño con familiares próximos	Formar una familia y mantener relaciones familiares?	NO	NO	NO	Hacer o recibir visitas de familiares / hablar telefónicamente con familiares
Hacer nuevos amigos y mantener amistad	Hacer nuevos amigos y mantener amistad	Crear, mantener relaciones con amigos/as, vecinos/as, compañeros/as	NO	NO (pero se puede estimar en una pregunta de las relaciones sociales: ¿Habitualmente se encuentra con amigos para charlar, tomar café, comer algo juntos?)	NO (pero se podría tomar como una aproximación: ¿Cómo cuántas veces platica al mes con vecinos o tiene visitas sociales?)	Reunirse con amigos/hablar telefónicamente con amigos
Relacionarse con compañeros, jefes y subordinados	Relacionarse con compañeros, jefes y subordinados	Crear, mantener relaciones con subordinadas, iguales o con cargos superiores	Tiene algún retardo o retraso mental que le dificulte aprender, trabajar y/o relacionarse?/tiene en forma PERMANENTE algún otro problema mental que le dificulte relacionarse y/o trabajar ? (ej.: psicosis infantil, autismo, etc.)	NO	NO	NO

Fuente: Elaboración propia sobre la base de INE (2015d&e); INDEC (2012); INDEC–CONADIS (2005); INEGI (2013); NIEVE-MIDES (2012).

Nota: Las celdas marcadas en color celeste indican que las preguntas se realizan sólo a aquellas personas que han sido identificadas como discapacitadas mediante el módulo de detección, que se realiza a todos los individuos encuestados.