

# Comparación de prevalencia de discapacidades basadas en auto-reportes entre países de América Latina.

Malena Monteverde, Andrés Peranovich y Ana Zepeda.

Cita:

Malena Monteverde, Andrés Peranovich y Ana Zepeda (2013). *Comparación de prevalencia de discapacidades basadas en auto-reportes entre países de América Latina. XII Jornadas Argentinas de Estudios de Población. Asociación de Estudios de Población de la Argentina, Bahía Blanca.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/xiijornadasaepa/22>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/edrV/ZZr>



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

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

## COMPARACIÓN DE PREVALENCIA DE DISCAPACIDADES BASADAS EN AUTO-REPORTES ENTRE PAÍSES DE AMÉRICA LATINA

---

Malena Monteverde, Andrés Peranovich y Ana Zepeda

CIECS-CONICET, UNC

CIECS-CONICET, UNC

CIECS-CONICET, UNC

montemale@yahoo.com, andrescpera@gmail.com, ana.zepeda@vtr.net

### RESUMEN

En general, la medición de prevalencias de discapacidades a nivel de población (o grandes muestras) se basa en auto-reportes sobre dificultades para la realización de actividades consideradas claves para el desarrollo de una vida autónoma. En este sentido resulta de interés evaluar en qué medida dichos auto-reportes permiten realizar comparaciones entre grupos de población. El objetivo del presente trabajo es medir, comparar y analizar la consistencia de las comparaciones de la prevalencia de discapacidades en Actividades de la Vida Diaria (AVD) entre poblaciones de América Latina, para lo cual se correlaciona el auto-reporte de discapacidades en AVD con las características y condiciones crónicas de los individuos.

Para el análisis se seleccionaron seis grandes ciudades de la región: Buenos Aires, Santiago de Chile, Sao Pablo, Ciudad de México, Montevideo y La Habana.

Las poblaciones de 60 años y más de Buenos Aires y Montevideo son las que reportan menores dificultades para la realización de AVD y menores prevalencias de condiciones crónicas discapacitantes como son: diabetes, enfermedades pulmonares, enfermedades cerebrovasculares y problemas cognitivos. Sin bien ello sugiere que al menos parte de las diferencias de auto-reporte de discapacidades podrían deberse a diferencias de morbilidad, no descarta la existencia de otros efectos como los debidos a diferencias en factores contextuales o a diferencias en las propensiones a reportar discapacidades. En este sentido, sería de utilidad llevar a cabo estudios ad-hoc que permitan medir simultáneamente diagnósticos y auto-reportes, así como el uso de otros instrumentos como viñetas, que permiten evaluar la existencia de sesgos y la importancia de otros factores diferentes a los perfiles de salud de los grupos de población.

## I- INTRODUCCIÓN

Existe consenso en afirmar que el envejecimiento de la población traerá consigo incrementos absolutos del número de personas con discapacidad y que ello aumentará la demanda de servicios de cuidado a largo plazo (Mayhew, 2000; Comas-Herrera *et al.*, 2003, etc.). Sin embargo, la controversia existente entre las teorías de expansión y compresión de la morbilidad es un reflejo de la incertidumbre que aún existe acerca de las trayectorias futuras en la prevalencia de enfermedades y de discapacidades por edad asociadas a los procesos de envejecimiento (Gruenber, 1977; Fries, 1980, 2003; Manton, 1982).

La evidencia empírica actual no arroja un patrón único asociado a cada una de las teoría mencionadas (Murray and Lopez, 1997; Casado-Marín y López-Casasnovas, 2001; Fries, 2003; Sagardui-Villamor *et al.*, 2005; Chou and Leung, 2008) lo que podría estar asociado a las diferencias en los determinantes y contextos en los que se está produciendo el envejecimiento de la población, diferencias que subsisten no sólo entre regiones y países, sino también entre grupos sociales dentro de los propios

países. Sin embargo, dichas diferencias también pueden obedecer en gran parte a las diferencias en las metodologías de medición de la discapacidad y a las diferencias de propensión para auto-reportar dificultades para la realización de Actividades de la Vida Diaria (AVD) o Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD), entre diferentes poblaciones o subgrupos de población.

En los últimos años se han hecho importantes esfuerzos por mejorar las estadísticas sobre discapacidad que surgen de las encuestas a hogares/población. Estos han estado destinados, entre otros, a la producción de datos comparables entre las distintas poblaciones encuestadas y a disminuir la subjetividad de la respuesta de los encuestados. Es así como las agencias que financian estudios internacionales, tales como: National Health Institute (NHI) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), han introducido protocolos de medición homogéneos que elevan sustantivamente la comparabilidad de los datos. Otras iniciativas, que van en la línea de controlar por la subjetividad ha sido la introducción de “viñetas”, que es un novedoso instrumento que consiste en descripciones cortas de diferentes estados de salud de las personas (de terceras personas), y sobre las cuales se pide a los entrevistados que ordenen tales descripciones en base a las mismas dimensiones y escalas que ordenarían su propio estado de salud<sup>1</sup>. En esta misma línea está la incorporación de mediciones hechas a través de ejercicios protocolizados, que son supervisados por personas capacitadas para evaluar el desempeño del encuestado.

No obstante lo anterior, el uso de estas técnicas no es generalizado y en la práctica su utilidad aún estaría en fase de evaluación. Además, su implementación eleva los costos de estos estudios. Por lo tanto, en la actualidad el auto-reportes de discapacidad sigue siendo la medida que

<sup>1</sup> “2007 Disability Vignette Survey, HRS”: <http://hrsonline.isr.umich.edu/index.php?p=shoavail&iyear=78>.

está disponible, aún cuando no sea la más objetiva. En este sentido es que resulta de interés evaluar en qué medida dichos auto-reportes permiten realizar comparaciones entre grupos de poblaciones.

Dado lo anterior, el objetivo del presente trabajo es medir, comparar y analizar la consistencia de las comparaciones de la prevalencia de discapacidades en AVD entre poblaciones de América Latina, para lo cual se correlaciona el auto-reporte de discapacidades en AVD con las características y condiciones crónicas de los individuos. Para el análisis se seleccionaron seis grandes ciudades de la región: Buenos Aires, Santiago de Chile, Sao Pablo, Ciudad de México, Montevideo y La Habana.

## II- FUENTE

La fuente de información utilizada en el presente estudio es la Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento, SABE (Pelaez *et al.* 2004), realizado en el año 2000 y que brinda información representativa de la población de 60 años y más en siete grandes ciudades de América Latina y el Caribe (incluida Buenos Aires). La encuesta SABE brinda información (a nivel del individuo) demográfica, socio-económica, de estructura del hogar, auto-reportes de padecimiento de enfermedades crónicas y tratamiento de las mismas, medidas antropométricas, uso y gastos en servicios médicos, problemas en Actividades de la Vida Diaria (AVD), Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) y problemas cognitivos severos, ayudas en la realización de AVD y de AIVD e información retrospectiva de las condiciones socio-económicas, de nutrición y salud en la infancia, de la población de 60 años de edad y más en Buenos Aires, Santiago de Chile, Sao Pablo, Ciudad de México, Montevideo, La Habana y Bridgetown.

Si bien, no es la fuente más actualizada de información para el estudio de la discapacidad en países de América Latina, la principal ventaja de esta encuesta es que utiliza el mismo protocolo de medición para todos los

países, reduciendo los problemas de comparabilidad asociados a diferencias en las preguntas o formas de preguntar.

### III- METODOLOGÍA

Para ello, primero se estiman prevalencia de discapacidades en AVD por grupos de edad y sexo (para controlar por composición demográfica de la población) entre países y subgrupos de población al interior de los países (por ej: alta y baja educación).

Luego, se evalúan los determinantes o factores de riesgo de la prevalencia de discapacidades auto-reportadas, a partir de la estimación de modelos de regresión logística de la probabilidad de auto-reportar dificultades en AVD.

Posteriormente se calculan prevalencias de los principales factores de riesgo identificados en el modelo anterior y se analiza en qué medida las diferencias de prevalencia de discapacidades (entre grupos y subgrupos de población) son consistentes con las diferencias de prevalencia en los factores de riesgo.

### IV- RESULTADOS

#### PREVALENCIA DE DISCAPACIDADES EN ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (AVD)

A continuación, en los Cuadros 1, 2 y 3, se presenta una comparación de las prevalencias autoreportadas de discapacidades en AVD por grupos de edad para las poblaciones objeto de estudio, para ambos sexos conjuntamente y para hombres y mujeres por separado.

Se puede observar que la población de 60 años y más de Buenos Aires reporta menor prevalencia de discapacidades en AVD (17.36% de la población de ese grupo de edad), seguida de Montevideo (17.42%) y La Habana (19.04%), mientras que San Pablo (19.28%), México (19.40%) y Santiago de Chile (22%) presentan las mayores prevalencias (Cuadro 1).

## XII JORNADAS ARGENTINAS DE ESTUDIOS DE POBLACIÓN

El análisis desagregado por sexos, muestra un patrón diferente para los hombres que para las mujeres. Los hombres de San Pablo están en el grupo de menores prevalencias (junto con Montevideo y Buenos Aires), mientras que para las Mujeres las menores prevalencias son en La Habana (junto con Buenos Aires y Montevideo) y las mujeres de San Pablo están en el segundo lugar de mayores prevalencias.

Cuadro 1: Prevalencia de Discapacidades en Actividades de la Vida Diaria (AVD). Año 2000. Ambos sexos

Grupo edad	Buenos Aires	San Pablo	Santiago	La Habana	México DF	Montevideo
60-64	9.08	14.99	14.48	12.67	11.17	13.67
65-69	12.43	14.01	16.67	14.13	15.35	14.51
70-74	16.54	18.99	21.68	15.22	17.87	11.8
75-79	18.76	25.38	26.11	22.47	27.79	24.01
80-84	36.33	30.29	36.19	30.85	28.84	30.91
85-89	49.25	42.69	50.56	36.13	56.35	26.07
90-95	55.77	67.61	65.2	56.83	57.27	42.52
95 y más		83.57	34.55	52.99	80.42	38.39
Total	17.36	19.28	22.00	19.04	19.40	17.42

Fuente: Elaboración propia sobre la base de la encuesta SABE (Pelaez *et al.* 2004).

Cuadro 2: Prevalencia de Discapacidades en Actividades de la Vida Diaria (AVD). Año 2000. Mujeres

Grupo edad	Buenos Aires	San Pablo	Santiago	La Habana	México DF	Montevideo
60-64	10.95	18.57	13.59	9.62	13.28	16.63
65-69	14.86	16.02	18.32	11.84	17.57	18.64
70-74	13.2	21.22	19.1	11	20.48	15.1
75-79	26.26	27.11	35.04	18.82	25.15	30.12
80-84	47.75	32.49	46.54	24.67	29.62	30.06
85-89	52.85	50.49	53.24	29.26	58.95	30.87
90-95	49.59	70.53	78.8	41.52	45.75	41.07
95 y más		82.39	100		100	38.39
Total	20.19	22.41	25.17	14.15	21.78	21.11

Fuente: Elaboración propia sobre la base de la encuesta SABE (Pelaez *et al.* 2004).

Cuadro 3: Prevalencia de Discapacidades en Actividades de la Vida Diaria (AVD). Año 2000. Hombres

Grupo edad	Buenos Aires	San Pablo	Santiago	La Habana	México DF	Montevideo
60-64	6.23	10.45	15.58	15.11	8.33	7.98
65-69	8.78	11.33	14.44	15.88	12.4	8
70-74	22.04	15.82	25.78	18.33	14.6	6.38
75-79	7.94	22.62	11.6	24.56	31.86	12.62
80-84	15.52	25.67	21.22	34.26	27.52	32.24
85-89	35.01	27.48	38.15	39.85	50.03	6.61
90-95	70.48	61.11		63.19	71.83	44.23
95 y más		84.4		64.94	40.54	
Total	12.80	14.85	17.29	22.43	16.12	10.94

Fuente: Elaboración propia sobre la base de la encuesta SABE (Pelaez *et al.* 2004).

Cabe resaltar que las menores prevalencias de Buenos Aires y Montevideo, tanto para hombres y mujeres, no obedecen a la composición etarea de estos grupos, sino que muy por el contrario, éstas dos poblaciones se encuentran entre las más envejecidas de la región (junto con Cuba).

Las figuras a continuación muestran las curvas de discapacidad por grupos de edad para ambos sexos.

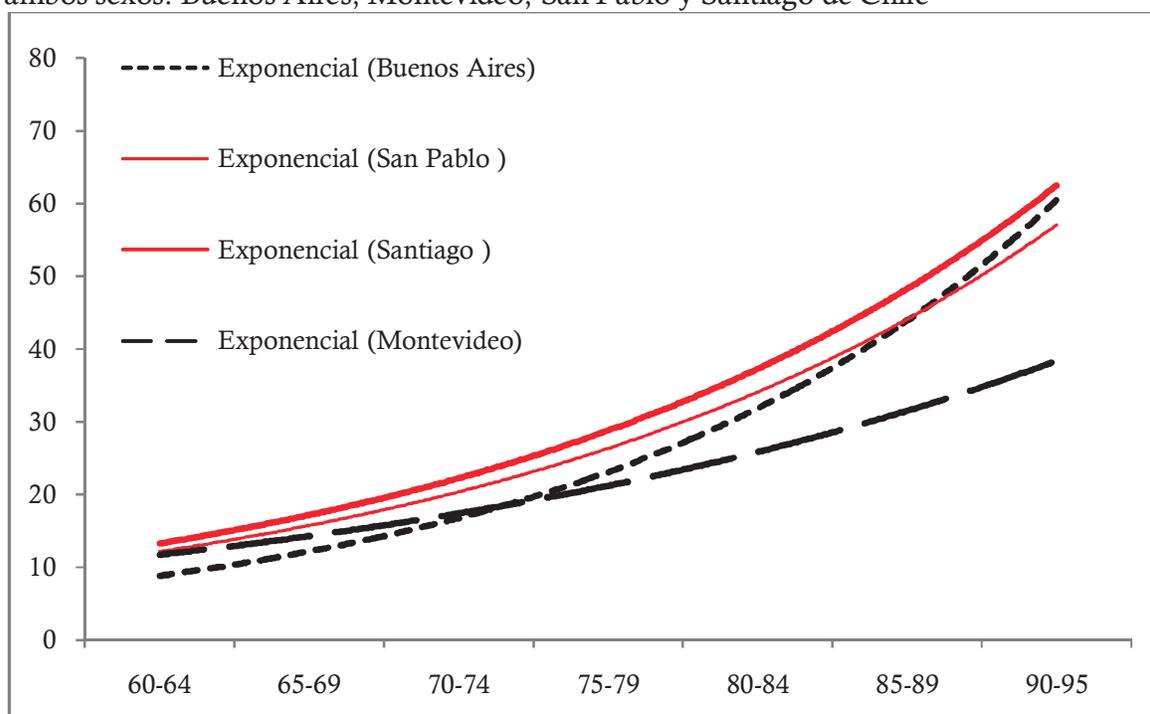
Para poder visualizar mejor las diferencias de las tendencias entre países, primero se ajustan curvas exponenciales para cada país y luego se comparan las curvas para Buenos Aires y Montevideo con San Pablo y Santiago de Chile (Figura 1) y luego con México D.F. y La Habana (Figura 2).

En la Figura 1 puede observarse que las curvas ajustadas para Santiago de Chile y San Pablo (líneas continuas) están por encima de las curvas ajustadas para Buenos Aires y Montevideo (líneas punteadas), indicando un patrón de prevalencias sistemáticamente superiores para todos los grupos de edad de las dos primeras poblaciones. Sólo para los dos últimos

grupos de edad se observa un solapamiento entre las curvas de Buenos Aires y San Pablo.

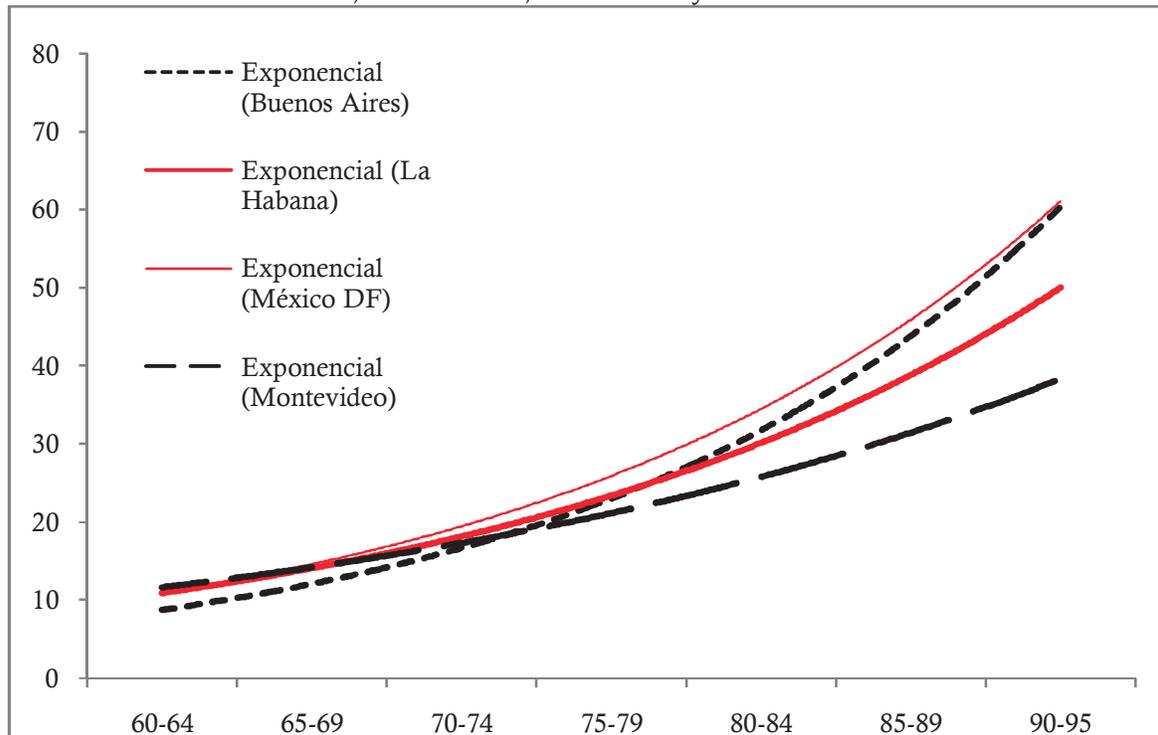
La Figura 2 muestra que La Habana y ciudad de México en general también presentarían curvas ajustadas de prevalencias superiores que Buenos Aires y Montevideo, aunque a partir del rango etareo de 75-79 años las prevalencias de La Habana comienzan a ser inferiores a las reportadas por la población de Buenos Aires.

Figura 1: Ajuste exponencial curvas de discapacidad en AVD por grupos de edad para ambos sexos. Buenos Aires, Montevideo, San Pablo y Santiago de Chile



Fuente: Elaboración propia sobre la base de la encuesta SABE (Pelaez *et al.* 2004).

Figura 2: Ajuste exponencial curvas de discapacidad en AVD por grupos de edad para ambos sexos. Buenos Aires, Montevideo, La Habana y Ciudad de México



Fuente: Elaboración propia sobre la base de la encuesta SABE (Pelaez *et al.* 2004).

En qué medida entonces las menores prevalencias generales de Buenos Aires y Montevideo podrían deberse a mejores condiciones de salud de las personas mayores de estas poblaciones o a otras causas como factores contextuales (ambientales o personales) o a percepciones subjetivas más optimistas sobre el propio estado funcional por parte de estas poblaciones?

Para investigar lo anterior, en primera instancia se evalúa qué factores medidos en la encuesta están más correlacionados con el auto-reporte de discapacidades en AVD, para luego analizar si dichas poblaciones son las que se encuentran en mejores condiciones en base a tales factores.

La selección de los factores se basa en los hallazgos de otros estudios que muestran que la presencia de discapacidades está inversamente relacionado con el nivel de educación (Hayward *et al.*, 2000) y es mayor entre las mujeres (Guralnik *et al.*, 1997, 2006; Monteverde 2004). Por su parte otros trabajos muestran que las enfermedades cardiovasculares, la

diabetes, las enfermedades respiratorias, el reumatismo, la osteoporosis y la obesidad son todos factores que incrementan el riesgo de padecer discapacidades en edades adultas (Monteverde et al., 2008; Sohan *et al.*, 2007; Fried *et al.*, 1999; Verbrugge *et al.*, 1989). Estudios más recientes, muestran también que haber sufrido malas condiciones de nutrición, salud y socio-económicas en general durante la gestación y/o durante la niñez incrementaría el riesgo de padecer enfermedades crónicas y discapacidades a edades adultas (Monteverde *et al.*, 2008; Palloni *et al.*, 2005; Couzin, 2002; Barker, 1998; Elo and Preston, 1992), y dichos efectos persistirían después de controlar por las condiciones socio-económicas actuales de las personas (Monteverde *et al.*, 2008; Khu *et al.*, 2006; Guralnik *et al.*, 2006).

A continuación, en el Cuadro 4, se presenta el resultado de estimar un modelo Logístico para la probabilidad de que la persona reporte alguna discapacidad en AVD (variable dependiente) con el objeto de evaluar en qué medida los factores mencionados en la literatura estarían correlacionados con dicha probabilidad en las poblaciones bajo estudio. Para ello se utiliza una base para las seis poblaciones conjuntamente a nivel de individuos.

Las variables independientes incluidas son: la edad y el sexo, los años de educación formal, si la persona no pasa el test de funcionamiento cognitivo (minimental) y una serie de enfermedades crónicas autoreportadas. Si bien las enfermedades crónicas incluías también son autoreportadas, la pregunta incluye que la misma haya sida diagnosticada por un médico y, por tanto, de haber sesgos se deberían a otras causas diferentes a las relacionadas con diferencias de auto-percepción como puede ser en el caso de los auto-reportes de discapacidades.

Todas las variables incluidas resultaron ser estadísticamente significativas y en la dirección esperada. Específicamente se observa que: la probabilidad de reportar una discapacidad en AVD aumenta con la edad; es 25% mayor entre las mujeres; menor cuando la educación del individuo es mayor. Además, entre las personas con diagnóstico de:

hipertensión, diabetes, algún tipo de cáncer, alguna enfermedad pulmonar o enfermedades del corazón, la prevalencia es mayor (26%, 28%, 70%, 55% y 57% respectivamente). También es muy superior en personas que padecen: enfermedad cerebro-vascular, osteoarticular o que no pasaron el test cognitivo Minimental (151%, 113% y 206% respectivamente).

Cuadro 4: Estimación Logística de la Probabilidad de Discapacidades en Actividades de la Vida Diaria (AVD). Poblaciones de Buenos Aires, La Habana, Ciudad de México, Montevideo, San Pablo y Santiago de Chile

Discapacidad AVD	OR	SE	z	P>z	[95% Conf.	Interval]
Edad	1.04	0.00	11.30	0.00	1.03	1.05
Sexo	1.25	0.08	3.68	0.00	1.11	1.41
Años de educación	0.95	0.01	-7.15	0.00	0.93	0.96
Hipertensión	1.26	0.08	3.76	0.00	1.12	1.42
Diabetes	1.28	0.10	3.30	0.00	1.11	1.49
Cáncer	1.70	0.22	4.02	0.00	1.31	2.19
Enfermedad Pulmonar	1.55	0.13	5.22	0.00	1.32	1.83
Enfermedad del Corazón	1.57	0.10	6.81	0.00	1.38	1.79
Enfermedad Cerebro-vascular	2.51	0.26	8.97	0.00	2.05	3.07
Enfermedad Oseoarticular	2.13	0.13	12.76	0.00	1.90	2.40
Problema Cognitivo (no pasa el minimental)	2.06	0.20	7.40	0.00	1.70	2.50

Fuente: Elaboración propia sobre la base de la encuesta SABE (Pelaez *et al.* 2004).

Por lo anterior, el análisis de la correlación entre los factores de riesgo y el reporte de discapacidades en AVD, sugiere que el primero efectivamente está captando, al menos parte, de las limitaciones funcionales debidas a problemas de salud y a características socio-demográficas de las personas a nivel de individuos.

Sin embargo, cabe preguntarse, en qué medida el autoreporte permite medir diferencias en la presencia de discapacidades entre grupos relativamente diferentes entre si en cuanto a patrones culturales como pueden considerarse las poblaciones de diferentes países?

A continuación se comparan las prevalencias de las condiciones crónicas más correlacionadas con la probabilidad de autoreporte de discapacidades, entre los países.

Puede observarse que la población de Buenos Aires reporta prevalencia de diabetes, enfermedades pulmonares y enfermedades cerebrovasculares de las más bajas de los seis países, aunque no así la prevalencia de hipertensión, cáncer, enfermedades cardíacas y enfermedades osteoarticulares. Por su parte, Montevideo muestra prevalencias más bajas respecto a los otros países en enfermedades pulmonares, cerebrovasculares y problemas cognitivos severos.

Respecto al nivel de educación (no mostrada en el cuadro) se observa que el promedio de años de educación formal de estas poblaciones es de: 7 años para Buenos Aires y La Habana, 6 años para Montevideo y Santiago, 5 para Ciudad de México y 3 años para San Pablo.

Cuadro 5: Prevalencia de Condiciones Crónicas. Personas de 60 años y más de Buenos Aires, La Habana, Ciudad de México, Montevideo, San Pablo y Santiago de Chile. Año 2000. Ambos Sexos

	Buenos Aires	San Pablo	Santiago	La Habana	México DF	Montevideo
Hipertensión	49.37	53.32	50.90	43.99	42.63	45.17
Diabetes	12.32	17.88	13.00	14.75	21.48	13.69
Cáncer	5.25	3.30	4.11	3.36	1.85	6.25
Enf. pulmonar	7.85	12.20	11.82	12.89	9.80	9.27
Enf. cardíaca	19.81	19.52	32.08	24.08	9.95	23.74
Enf. cerebrovascular	4.84	7.20	6.54	9.70	5.82	3.69
Enf. osteoarticular	52.50	31.74	28.93	55.64	24.42	48.09
Prob. Cognitivos	3.76	6.85	10.95	3.31	9.91	1.81

Fuente: Elaboración propia sobre la base de la encuesta SABE (Pelaez *et al.* 2004).

Dado que los resultados anteriores pueden estar afectados por la composición etarea de las poblaciones. A continuación se ajustan y se comparan, entre los seis países, las curvas de prevalencias por grupo de edad para cada una de las enfermedades. El ajuste realizado en esta parte

del análisis fue del tipo polinomial grado dos, puesto que la prevalencia de las enfermedades estudiadas sigue una forma gráfica que es más concordante con una parábola que una línea.

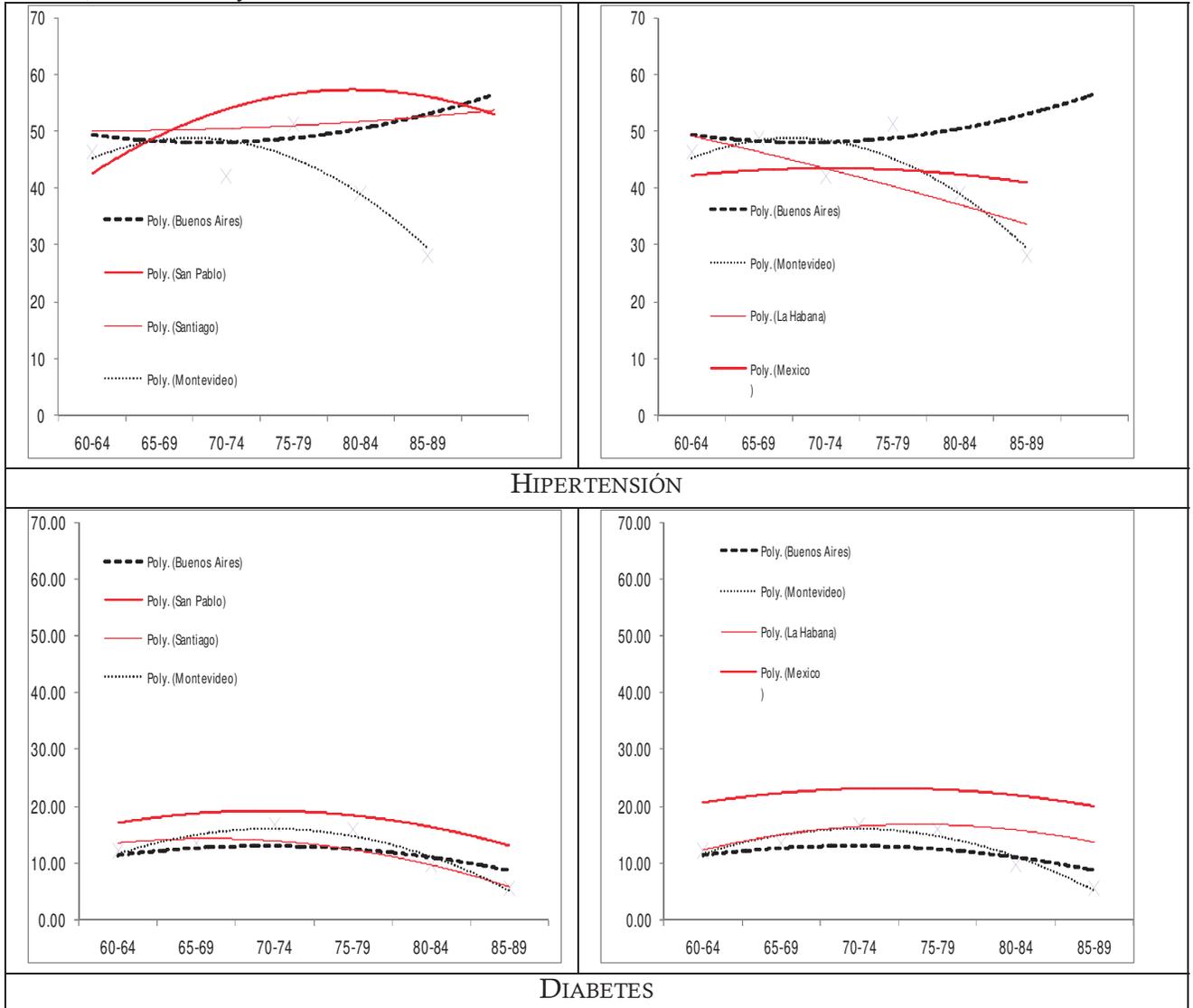
Las líneas punteadas (negras) corresponden a Buenos Aires y Montevideo, mientras que las continuas (rojas) a San Pablo y Santiago (figuras de la izquierda) y La Habana y Ciudad de México (figuras de las columnas derechas).

En Buenos Aires y Montevideo, las condiciones para las que se observan menores prevalencias (ajustadas por edad) son: Diabetes, Enfermedades Pulmonares, Enfermedades Cerebrovasculares y Problemas Cognitivos. Además, para el caso de Hipertensión las prevalencias de Buenos Aires y Montevideo son menores respecto a San Pablo y Santiago, pero no con La Habana y Ciudad de México.

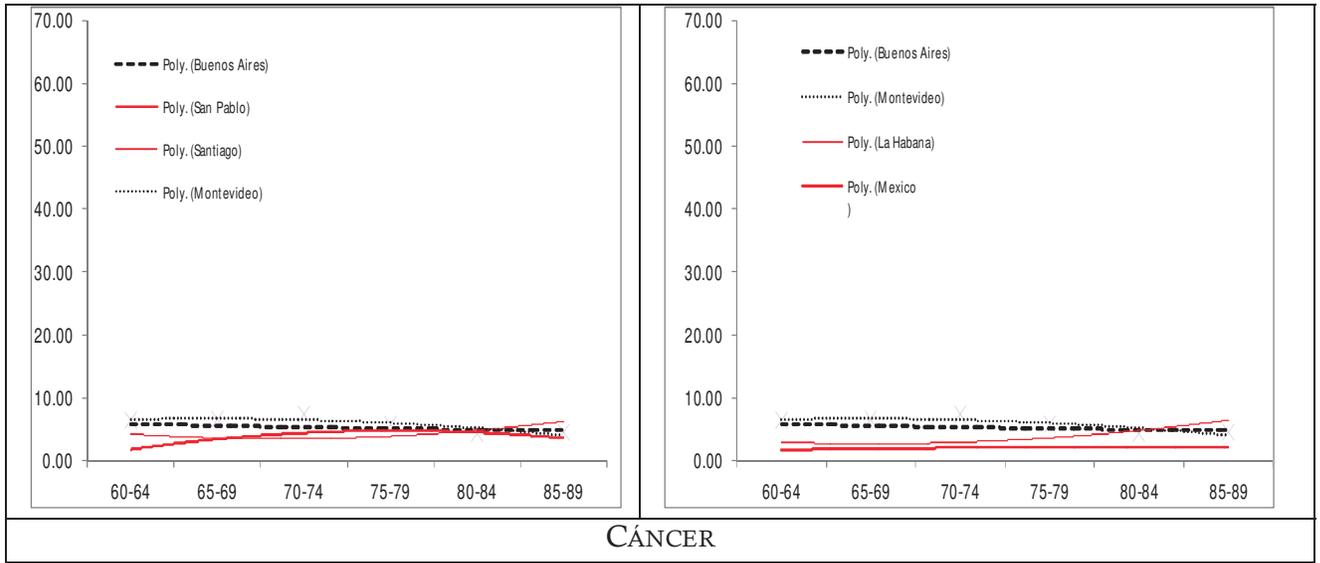
Las prevalencias de enfermedades Osteoarticulares de Buenos Aires y Montevideo son mayores que el resto de las ciudades, excepto para la Habana. Pero en cáncer, aunque también parecen ser mayores, no se observa un patrón tan claro como lo mostrado por las Osteoarticulares.

En las enfermedades Cardíacas Buenos Aires muestra prevalencias menores a todas las ciudades, salvo Ciudad de México. En este caso, Montevideo no muestra un comportamiento similar a Buenos Aires, tal como lo ha hecho en otras enfermedades.

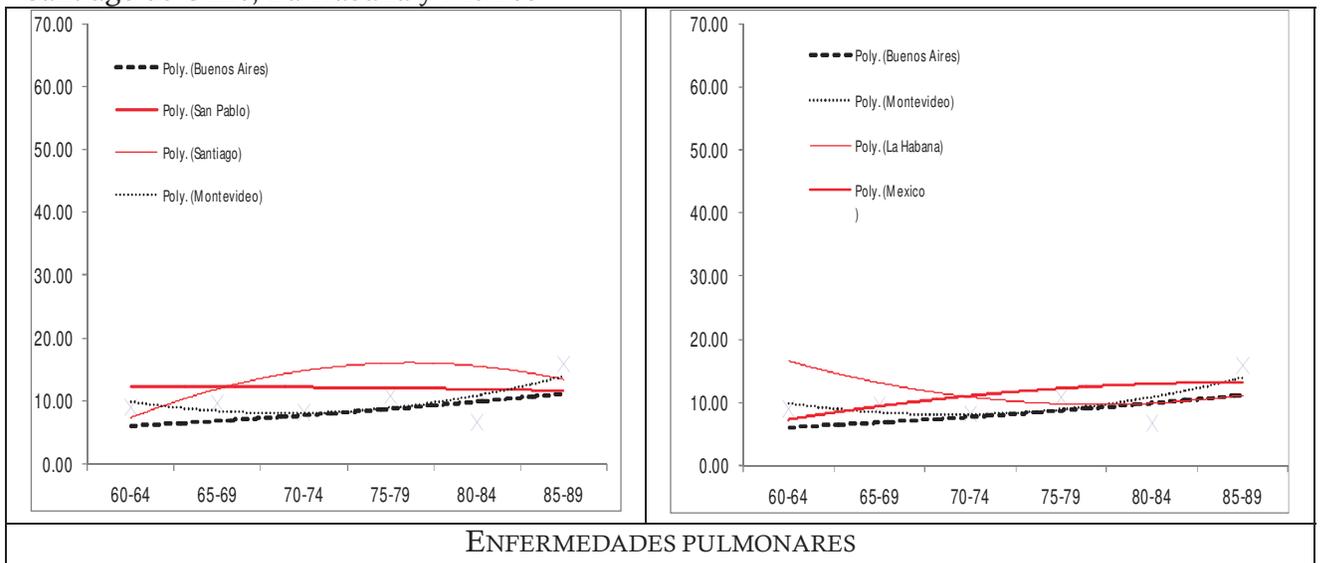
Figura 3: Ajuste polinomio grado 2 curvas de prevalencia de condiciones crónicas por grupos de edad para ambos sexos. Buenos Aires, Montevideo, San Pablo y Santiago de Chile, La Habana y México



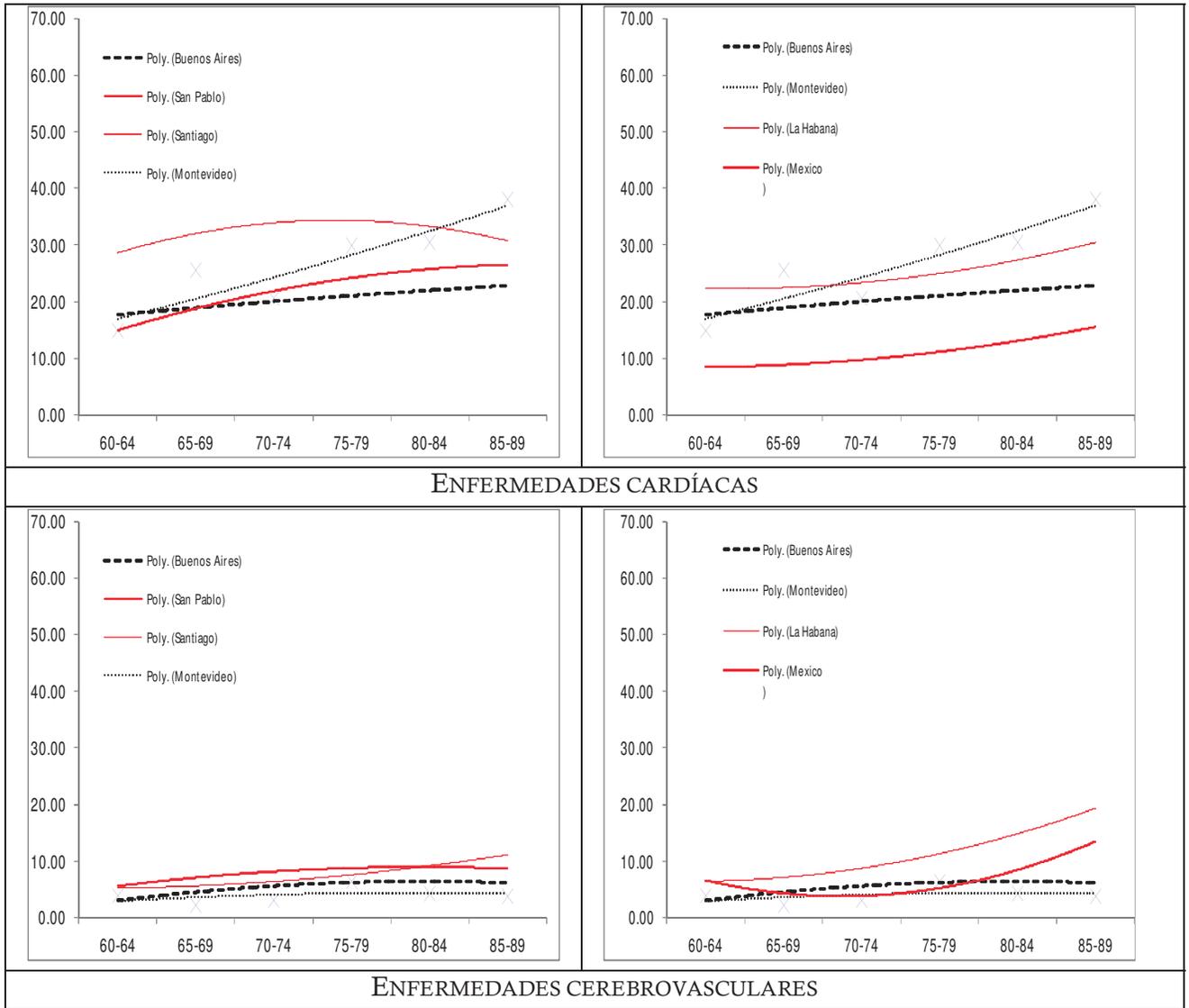
## XII JORNADAS ARGENTINAS DE ESTUDIOS DE POBLACIÓN



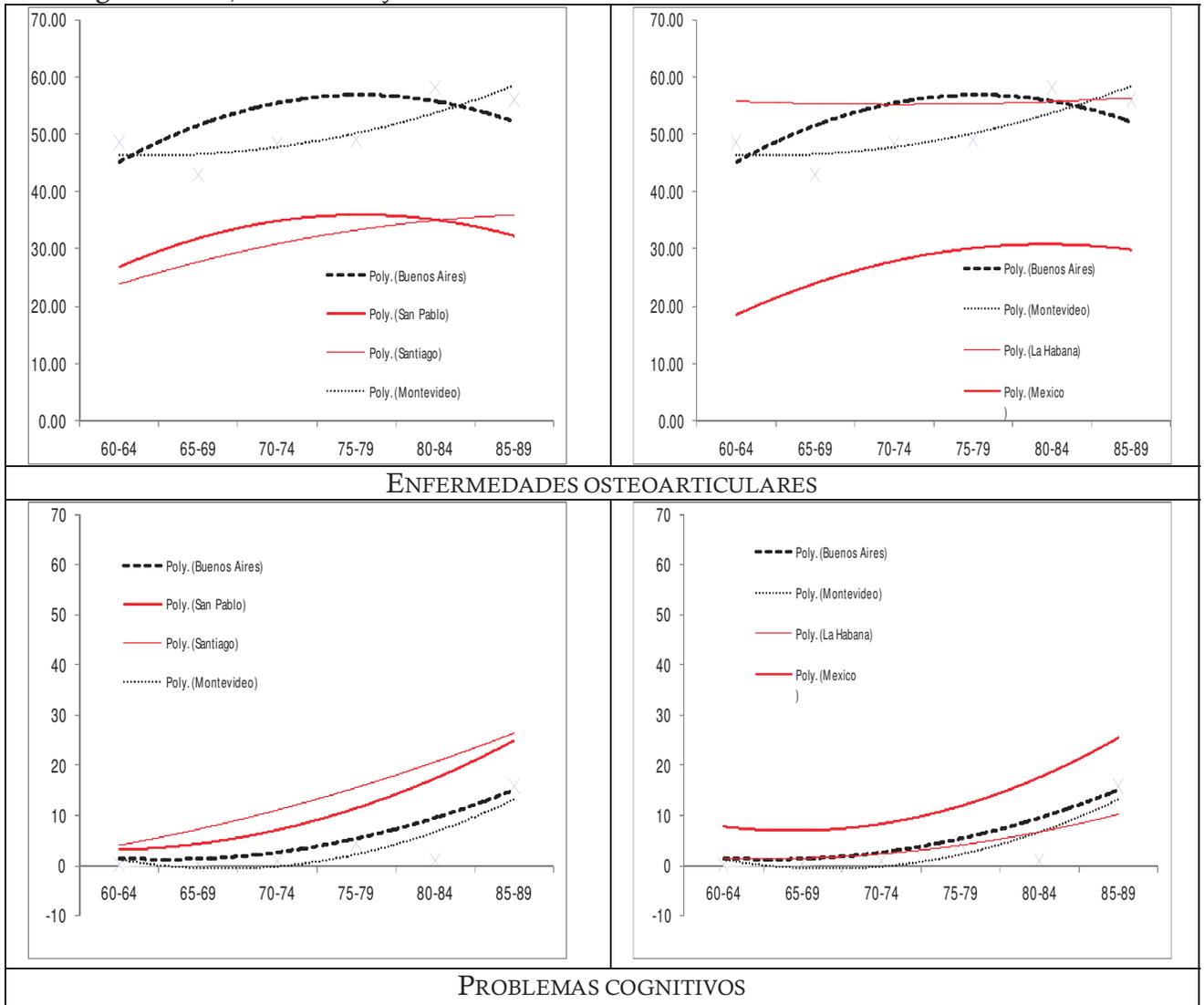
Continuación Figura 3: Ajuste polinomio grado 2 curvas de prevalencia de condiciones crónicas por grupos de edad para ambos sexos. Buenos Aires, Montevideo, San Pablo y Santiago de Chile, La Habana y México



## XII JORNADAS ARGENTINAS DE ESTUDIOS DE POBLACIÓN



Continuación Figura 3: Ajuste polinomio grado 2 curvas de prevalencia de condiciones crónicas por grupos de edad para ambos sexos. Buenos Aires, Montevideo, San Pablo y Santiago de Chile, La Habana y México



Fuente: Elaboración propia sobre la base de la encuesta SABE (Pelaez *et al.* 2004).

## DISCUSIÓN

En el presente estudio se estimaron y compararon prevalencias autor-reportadas de discapacidades en AVD para seis poblaciones de América Latina: Buenos Aires, La Habana, Ciudad de México, Montevideo, San Pablo y Santiago de Chile.

Las poblaciones de 60 años y más de Buenos Aires y Montevideo son las que reportan menores dificultades para la realización de AVD.

Por otra parte, se evaluaron las características y condiciones crónicas de los individuos correlacionadas con el auto-reporte de discapacidades en AVD a partir de la estimación de un modelo logístico para todas las poblaciones conjuntamente. La edad, el sexo, los años de educación formal y una serie de condiciones crónicas basadas en diagnósticos médicos y en la aplicación de un test Minimal para la medición de estado cognitivo, resultaron ser estadísticamente significativas.

Entre las condiciones crónicas más fuertemente correlacionadas con la probabilidad de reportar discapacidades en AVD cabe destacar: a) las enfermedades cerebrovasculares, b) las enfermedades osteoarticulares y c) los problemas cognitivos. Las demás enfermedades incluidas en el estudio también resultaron estadísticamente significativas con odds ratios de magnitudes en el siguiente orden: cáncer, enfermedades del corazón, enfermedades pulmonares, diabetes e hipertensión.

Consistentemente con el menor reporte de discapacidades en AVD, las poblaciones de Buenos Aires y Montevideo son las que reportan menores prevalencias ajustadas por grupos de edad de: Diabetes, Enfermedades Pulmonares, Enfermedades Cerebrovasculares y Problemas Cognitivos. Es decir, menores prevalencias en 2 de las 3 condiciones más correlacionadas con el autoreporte de discapacidades en AVD, y en otras 2 condiciones que también resultan significativas.

Los resultados del presente estudio muestran una consistencia entre la prevalencia de discapacidades en AVD (autoreporte) y la prevalencia de condiciones crónicas discapacitantes (reporte de diagnóstico o test

Minimental) entre poblaciones de diferentes países de América Latina. Ello sugiere que las diferencias de auto-reporte de discapacidades en AVD podrían deberse en gran parte a diferencias en los perfiles de morbilidad de las poblaciones. Lo anterior no descarta que además pueda existir una propensión diferente a auto-reportar dificultades en la realización de AVD entre las diferentes poblaciones, o diferencias en factores contextuales que también afectan la percepción de la dificultad. Sin embargo, de existir no parecen revertir el efecto que tienen las condiciones de salud.

Por otra parte, cabe preguntarse en qué medida la correlación entre discapacidades y condiciones crónicas no se debe a que los reportes de enfermedades diagnosticadas tienen el mismo sesgo que los reportes de discapacidades? Si bien no es posible afirmar que tal correlación no exista, dado que los sesgos provienen de causas distintas es posible pensar que no están fuertemente correlacionados.

Dada la falta de información basada en diagnósticos médicos o de técnicos especialistas para poder contrastar con los auto-reportes, no es posible saber con certeza qué se está capturando cuando se comparan prevalencias entre diferentes grupos de población basadas en auto-reportes, por lo que cabe preguntarse: ¿se están capturando diferencias de morbilidad de las poblaciones? ¿diferencias contextuales ya sea del entorno inmediato o del más amplio en el que tienen que desarrollar su vida las personas con dificultades para la realización de AVD? o ¿diferencias de percepción de las dificultades, controlando por todos los factores anteriores?

Sin bien los resultados de este estudio sugieren que, al menos en parte, las diferencias podrían deberse a diferencias de morbilidad, la comprensión del rol que juegan los otros factores sería de gran importancia a la hora de comparar prevalencias de discapacidades entre distintos grupos. En este sentido, sería de gran utilidad llevar a cabo estudios ad-hoc que permitan medir simultáneamente diagnósticos y auto-reportes, así como el uso de otros instrumentos como viñetas, que permiten evaluar la existencia de

sesgos y la importancia de las diferencias contextuales y de autopercepción en el auto-reporte de discapacidades entre diferentes grupos de población.

#### BIBLIOGRAFÍA

- Barker, D.J.P. (1998). *Mothers, babies and health in later life*, Second Edition. London: Churchill-Livingston.
- Casado-Marín, D. y López-Casasnovas, G. (2001). “Vejez, dependencia y cuidados de larga duración Situación actual y perspectivas de futuro”, *Colección Estudios Sociales*, Núm. 6, Fundación “la Caixa”.
- Chou, K.L. y Leung, J.C.B. (2008). “Disability Trends in Hong Kong Community-Dwelling Chinese Older Adults: 1996, 2000, and 2004”, *Journal of Aging and Health* vol. 21: 266-285.
- Comas-Herrera, A.; Costa-Font, J.; Gori, C.; Di Maio, A.; Patxot, C.; Pickard, L.; Pozzi, A.; Rothgang, H. y Wittenberg, R. (2003). “European Study of Long-Term Care Expenditure: Investigating the sensitivity of projections of future long-term care expenditure in Germany, Spain, Italy and United Kingdom to changes in assumptions about demography, dependency, informal care, formal care and unit costs”, PSSRU Discussion Paper 1840. Adelina Comas-Herrera and Raphael Wittenberg editors. PSSRU, LSE Health and Social Care, London School of Economics.
- Couzin, J. (2002). “Quirks of fetal environment felt decades later”, *Science* vol. 296, num. 5576: 2167-2169.
- Elo, I. y Preston, S.H. (1992). “Effects of Early-Life Conditions on Adult Mortality: A Review”, *Population Index* vol. 8, num. 2:186-212.
- Fried, L.P.; Bandeen-Roche, K.; Kasper, J.D. y Guralnik, J. M. (1999). “Association of Comorbidity with Disability in Older Women: The Women’s Health and Aging Study”, *Journal of Clinical Epidemiology* vol. 52, num 1: 27-37.

- Fries, J.F. (1980). "Aging, Natural Death and the Compression of Morbidity", *The New England Journal of Medicine*, vol. 303: 130-135.
- Fries, J.F. (2003), "Measuring and Monitoring Success in Compressing Morbidity", *Ann Intern Med* vol. 139, num 2: 455-459.
- Gruenberg, E.M. (1977). "The Failures of Success", *Milbank Memorial Fund Quarterly/Health and Society* vol. 55, num 1: 3-24.
- Guralnik, J.M.; Leveille, S.G.; Hirsch, R.; Ferrucci, L. y Fried, L.P. (1997). "The Impact of Disability in Older Women", *Journal of the American Medical Women Association* vol. 52, num 3: 113-120.
- Guralnik, J.M.; Butterworth, S.; Wadsworth, M. E. J. y Kuh, D. (2006). "Childhood Socioeconomic Status Predicts Physical Functioning a Half Century Later", *Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences* vol. 61, num 7: 694-701.
- Hayward, M.D.; Crimmins, E. M.; Miles, T. P. y Yang, Y. (2000). "The Significance of Socioeconomic Status in Explaining the Racial Gap in Chronic Health Conditions", *American Sociological Review* vol. 65: 910-930.
- Krause, N.; Lynch, J.; Kaplan, G. A.; Cohen, R. D.; Goldberg, D. E. y Salonen, J. T. (1997). "Predictors of Disability", *Scandinavian Journal of Public Health* vol. 35, num. 1: 78-85.
- Kuh, D.; Hardy, R.; Butterworth, S.; Okell, L.; Richards, M.; Wadsworth, M.; Cooper, C. y Sayer, A. A. (2006). "Developmental origins of midlife physical performance: evidence from a British birth cohort", *American Journal of Epidemiology* vol. 164, num 2: 110-121.
- Mayhew, L. (2000). "Health and Elderly Care Expenditure in an Aging World", *Research Reports RR-00-21*, International Institute for Applied Systems Analysis, Laxenburg, Austria.
- Monteverde, M. (2004). "Discapacidades de las personas mayores en España: prevalencia, duraciones e impacto sobre los costes de cuidados de larga duración", *Tesis Doctoral en Economía*, Universidad de

Barcelona. Publicada on-line en: <http://www.tdx.cesca.es/TDX-0520105-124037/>

- Monteverde, M.; Norohna, K. y Palloni, A. (2008). "Effect of Early Conditions on Disability among Elderly in Latin-America and the Caribbean", *Population Studies*, Vol. 63, No. 1, pp. 21-35.
- Murray, C. J. L. y Lopez, A. D. (1997). "Regional patterns of disability-free life expectancy and disabilityadjusted life expectancy: Global Burden of Disease Study", *The Lancet* vol. 349: 1347-1352.
- Palloni, A.; McEniry, M.; Davila, A. L. y Gurucharri, A. G. (2005). "The influence of early conditions on health status among elderly Puerto Ricans", *Social Biology* vol. 52, num 3-4: 132-163.
- Peláez, M.; Palloni, A.; Albala, C.; Alfonso, J. C.; Ham-Chande, R.; Hennis, A.; Lebrao, M. L.; Leon-Diaz, E.; Pantelides, E. y Prats, O. (2004). SABE - Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento, 2000 [archivo electrónico]: Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) [productor y distribuidor].
- Sagardui-Villamor, J.; Guallar-Castillón, P.; García-Ferruelo, M.; Banegas, J. R. y Rodríguez-Artalejo, F. (2005). "Trends in Disability and Disability-Free Life Expectancy Among Elderly People in Spain: 1986–1999", *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* vol. 60, num 8:1028-1034.
- Sohan, A. S.; Ottenbacher, K. J.; Markides, K. S.; Kuo, Y. F.; Eschbach, K. y Goodwin, J. S. (2007). The Effect of Obesity on Disability vs Mortality in Older Americans. *Arch Intern Med* 167: 774-780.
- Verbrugge, L. M.; Lepkowski, J. M. y Imanaka, Y. (1989). "Comorbidity and its impact on disability", *The Milbank Quarterly* vol. 67, num 3/4: 450-484.