

Condición Socio-Económica y Perfil de Morbilidad de las Personas mayores en América Latina: Argentina y México.

Malena Monteverde, María Guadalupe Ruelas González y Laura Acosta.

Cita:

Malena Monteverde, María Guadalupe Ruelas González y Laura Acosta (2017). *Condición Socio-Económica y Perfil de Morbilidad de las Personas mayores en América Latina: Argentina y México*. XIV Jornadas Argentinas de Estudios de Población. Asociación de Estudios de Población de la Argentina, Santa Fe.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/xivjornadasaepa/6>

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



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>.

XIV Jornadas Argentinas de Estudios de Población - I Congreso Internacional de Población del Cono Sur, Santa Fe 20-22 de septiembre de 2017.

Condición Socio-Económica y Perfil funcional de las Personas Mayores en América Latina: Argentina y México

Autores: Malena Monteverde (CIECS-CONICET, UNC, Argentina), Laura Acosta (CIECS-CONICET, UNC, Argentina), María Guadalupe Ruelas González (CIEE-INSP, México) y Mtro. José Luis Alcantara (CIEE-INSP, México)

Resumen (max 300 palabras)

El objetivo de este trabajo es comparar la prevalencia de discapacidades en Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) entre las personas de 60 y más de Argentina y México, y con países de otras regiones del mundo (en particular los incluidos en el informe de la OMS) y entre diferentes estratos socio-económicos al interior de los países. La capacidad funcional de las personas de 60 años y más de Argentina y México se aproxima a partir del autoreporte de discapacidades en ABVD, en línea con lo utilizado en el *Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud* (OMS, 2015). Se consideraron las ABVD: comer, bañarse, vestirse, acostarse y levantarse de la cama e ir al baño. La dimensión socio-económica se aproximó con el nivel de instrucción alcanzado. Las fuentes de datos utilizadas fueron: la Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de Adultos Mayores (ENCaViAM) realizada en Argentina en el año 2012 (INDEC, 2014), la Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México (ENASEM) de 2012. Adicionalmente, se utilizaron los microdatos del estudio Salud,

Bienestar y Envejecimiento en América Latina y el Caribe, SABE (2000). Se estandarizaron las prevalencias por sexo, utilizando la composición por nivel de instrucción de la población de Argentina como estándar. Se observaron prevalencias mayores de dificultad en las ABDV entre las mujeres que entre los hombres en todos los casos y también valores superiores para México y México D.F. que para Argentina y Buenos Aires, respectivamente. Se observó una proporción más elevada de población con nivel de instrucción relativamente más alto en Argentina respecto a México, tanto en hombres como en mujeres. Se concluye que, a pesar

2

de las limitaciones relacionadas con las fuentes de datos, este trabajo observó diferencias entre los países, así como al interior de los mismos asociados a las diferencias de los contextos socioeconómicos.

Introducción

Si bien el proceso de envejecimiento poblacional es un fenómeno global, las particularidades del mismo en las distintas regiones del mundo, y entre diferentes grupos de población al interior de las regiones y países, estarían produciendo efectos diversos en términos de los perfiles sociodemográficos y epidemiológicos de las personas que llegan a edades cada vez más avanzadas.

La OMS centra la búsqueda del *Envejecimiento Saludable en el proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez*. Entendiendo a la capacidad funcional como *los atributos relacionados con la salud que permiten a una persona ser y hacer los que es importante para ella*. La capacidad funcional, por su parte, se compone de la capacidad intrínseca de la persona, las características del entorno que afectan esa capacidad y las interacciones entre la persona y esas características (OMS, 2015: 30).

El avance de la edad en la segunda mitad de la vida se asocia a un mayor riesgo de

enfermedad y de pérdida de capacidad funcional. A pesar de ello, diversos estudios centrados en las tendencias del bienestar subjetivo a lo largo de la vida, muestran que en muchos países la satisfacción general con la vida en realidad aumentaría en las etapas de edad avanzada, pero también que este efecto positivo no sería un fenómeno universal, poniendo de relieve la influencia de las características del entorno en la determinación de una percepción positiva de la vejez (OMS, 2015: 68). Por otra parte, existe evidencia que indica que el rango de variación en la capacidad física es mucho más amplio en la vejez que en edades más jóvenes (OMS, 2015: 7), lo cual (al menos en parte) obedecería al efecto acumulativo de las inequidades en salud a lo largo de la vida (OMS, 2015: 9).

Un claro reflejo de tales diferencias son las grandes brechas que se observan al comparar las prevalencias de discapacidades en Actividades Básicas e Instrumentales de la Vida Diaria (ABVD y AIVD) de las personas mayores entre diferentes países del mundo. Del *Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud* (OMS, 2015) se observa la fuerte relación inversa entre el nivel de ingreso del país y dichas prevalencias. Mientras que en países como India o

3

Ghana las prevalencias de discapacidad en ABVD entre las personas de 65 a 74 años superan el 60% y el 50%, respectivamente, dichas prevalencias son menores al 10% en países como Suiza, Dinamarca, Países Bajos, Suecia, República Checa y Francia. Sin embargo, en estas comparaciones los países de América Latina se encuentran sub-representados, ya que sólo se incluye México, con prevalencias de discapacidades en ABVD relativamente elevadas: más del 40% entre las personas en el rango de 65-74 años y en torno al 60% entre los mayores de 74 años (OMS, 2015: 73).

Dado lo anterior, cabe preguntarse ¿cómo es el perfil funcional de las personas mayores en los países de la región comparado con otros países y regiones del mundo? ¿Qué patrón se observa entre el perfil funcional y el nivel de ingresos en los países de la región?

Para abordar dichos interrogantes el presente estudio busca comparar la prevalencia de

discapacidades en ABVD entre las personas de 60 y más de Argentina y México, y con países de otras regiones del mundo (en particular los incluidos en el informe de la OMS) y entre diferentes estratos socio-económicos al interior de los países.

Metodología

La capacidad funcional de las personas de 60 años y más de Argentina y México se aproxima a partir del autoreporte de discapacidades en ABVD, en línea con lo utilizado en el *Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud* (OMS, 2015). Se consideraron las mismas ABVD contempladas por la OMS a saber: comer, bañarse, vestirse, acostarse y levantarse de la cama e ir al baño.

La dimensión socio-económica se aproxima con el nivel de instrucción alcanzado. Se creó una variable dicotómica con dos categorías de instrucción: Alta y Baja, siendo el punto de corte tener 7 años de instrucción formal (lo que equivaldría aproximadamente a tener estudios primarios completos en el caso de Argentina). La elección del punto de corte es arbitraria y se eligió por conveniencia de modo tal que quedaran suficientes casos en ambos grupos y fuera posible estimar las prevalencias con el nivel de desagregación requerido. Las personas con 7 años de instrucción inclusive o menos fueron clasificadas dentro del grupo de baja instrucción, mientras que aquellas con más de 7 años se consideran en el grupo de instrucción alta.

4

Para cada país, se estimaron prevalencias por grupos de edad, nivel de instrucción y sexo y se analizó la existencia de un patrón entre la prevalencia de discapacidades en ABVD según nivel de instrucción al interior de los países.

Dado que la encuesta para la Argentina (la ENCaViAM) excluyó de la muestra a las personas que no podían responder, se buscó aproximar la magnitud de las personas con discapacidades

en ABVD que quedarían sin cuantificar por esta causa y a partir de ello corregir esta fuente de subestimación. Para ello se utilizó el estudio SABE (Pelaez, et al. 2003), ya que contiene un instrumento de captación de las personas que no puede responder por problemas cognitivos (test minimal) y se obtiene la información referida a los mismos (la persona objeto de estudio que no puede responder) a partir de la información que brinda un informante sustituto. Sobre la base de los microdatos del estudio SABE se estimó la proporción de las personas que no puede responder en cada grupo (de edad, sexo y nivel de instrucción) y se aplicó una corrección equivalente a las prevalencias estimadas con la ENCaViAM, bajo el supuesto de que lo observado en SABE (la proporción de las personas mayores que no pueden responder) es extrapolable al caso de Argentina.

Una vez realizadas las correcciones, se compararon las prevalencias anteriores entre los dos países con el fin de analizar cuan cercanas o diferentes son en términos de los niveles y de los patrones por edad, sexo e instrucción.

Para evaluar la incidencia en las diferencias por composición de las poblaciones se estandarizaron las prevalencias por sexo, asumiendo la misma composición por nivel de instrucción entre hombres y mujeres de ambos países (utilizando la composición por nivel de instrucción de la población de Argentina como estándar) y se compararon los cambios respecto a las prevalencias originales. Este análisis contrafactual buscó responder el siguiente interrogante: cuánto de la diferencia en las prevalencias de discapacidades en ABVD observada entre Argentina y México obedece a las diferencias de composición socio-económica de las dos poblaciones? Donde la composición socio-económica se aproxima a partir del nivel de instrucción alcanzado.

Fuentes

Las fuentes de datos utilizadas fueron: 1) La Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de

Adultos Mayores (ENCaViAM) realizada en Argentina en el año 2012 (INDEC, 2014). La

5

ENCaViAM tiene como población objetivo a las personas de 60 años y más que residen en localidades urbanas y que representan el 92% del total poblacional (INDEC, 2014). 2) En el caso de México, se utilizó La Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México (ENASEM) de 2012, que es la tercera onda de un estudio longitudinal que comenzó en 2001. La ENASEM tiene representatividad a nivel nacional, urbano y rural. 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. El total de personas encuestadas en el 2012 fue de 20.542 (INEGI, 2013).3) , Adicionalmente, para corregir la proporción de población que no respondió debido a problemas cognitivos en Argentina, y para profundizar la comparación entre ambos países, se utilizaron los microdatos del estudio Salud, Bienestar y Envejecimiento en América Latina y el Caribe, SABE (Peláez, et al, 2003), una encuesta de corte transversal realizada entre el año 2000 y 2001 en siete grandes ciudades de América Latina y el Caribe (Bridgetown, Buenos Aires, La Habana, Santiago de Chile, Ciudad de México, San Pablo y Montevideo) que recoge información representativa de la población de 60 años y más en esas poblaciones. La muestra total (de las siete ciudades conjuntamente) es de 11.231 observaciones, mientras que la de Buenos Aires solamente de 1.043.

Resultados

La figura 1 muestra la prevalencia de discapacidades en ABVD entre las personas de 60 años y más en Argentina y México sobre la base de las encuestas con representatividad nacional como son la ENCaViAM de Argentina y la ENASEM de México (columnas de la izquierda), y los datos del estudio SABE para Buenos Aires y México D.F., respectivamente (columnas de la derecha).

Se observan prevalencias mayores entre las mujeres que entre los hombres en todos los casos y también valores superiores para México y México D.F. que para Argentina y Buenos Aires, respectivamente.

Si bien las diferencias son siempre a favor de las poblaciones de Argentina (con prevalencias más bajas en todos los casos) es notable la mayor magnitud de las diferencias en el caso de las comparaciones de las encuestas con representatividad nacional, respecto a las observadas utilizando el estudio SABE (representativa de las grandes ciudades solamente).

6

Figura 1: Prevalencia Discapacidades en ABVD. Personas de 60 y más Argentina y México (2000 y 2012).



Nota: La corrección de las estimaciones para Argentina sobre la base de la ENCaViAM consiste en incorporar la prevalencia de discapacidades en ABVD de las personas excluidas por no responder de acuerdo a los estimado usando SABE.

Fuente: Elaboración propia sobre la base de la ENCaViAM-Argentina, 2012, ENASEM-México, 2012 y SABE, 2000.

Las figuras 2a y 2b muestran las distribuciones de las poblaciones (totales) de Argentina-México y Buenos Aires-México D.F. por sexo, grupo de edad y nivel de instrucción de acuerdo a las tres fuentes de información.

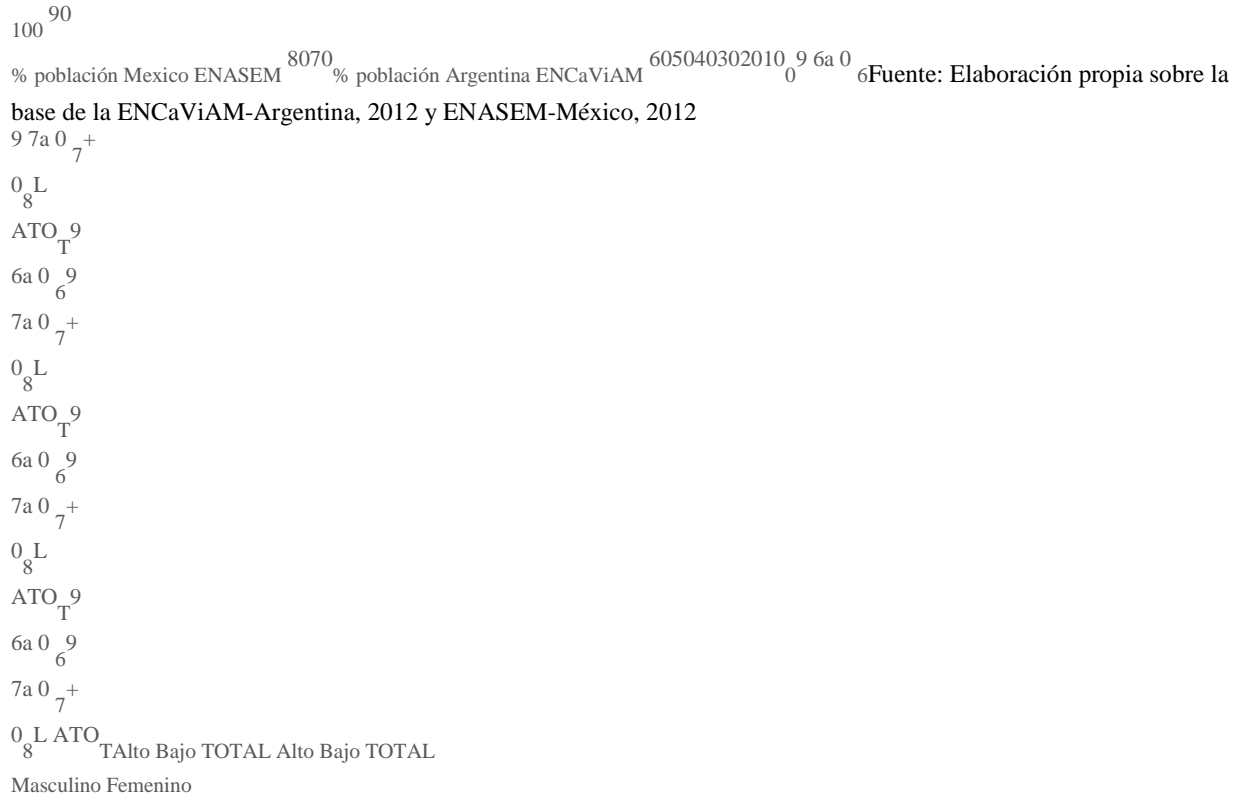
En ambos casos (2a y 2b) se observa una proporción más elevada de población con nivel de instrucción relativamente más alto en Argentina (y Buenos Aires) respecto a México (y México D.F), tanto en hombres como en mujeres.

Además, cabe resaltar que las diferencias son más acentuadas en el caso de la comparación entre Buenos Aires y México D.F (basadas en SABE), respecto a las observadas entre Argentina y México (basadas en las encuestas a nivel nacional de los dos países), lo cual además de sugerir perfiles socio-económicos con mayores diferencias entre las capitales de los dos países respecto a los totales nacionales, indica que las mayores diferencias en las prevalencias de discapacidades en ABVD observadas en las comparaciones a nivel Nacional

7

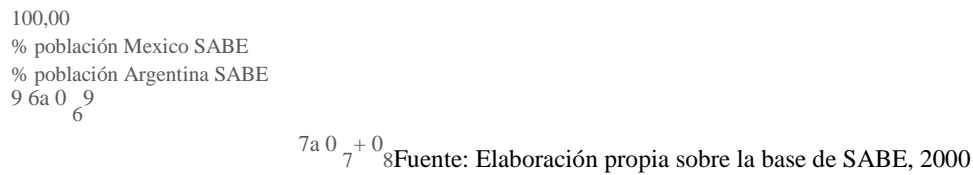
(de la Figura 1) no obedecerían a mayores diferencias en la composición socio-económica a nivel de las poblaciones totales de los dos países, respecto a lo observado en las capitales.

Figura 2a: Población de Argentina y México de 60 años y más. Distribución por grupo de Edad y Nivel de Instrucción. Hombres y Mujeres. ENCaViAM y ENASEM. 2012



8

Figura 2b: Población de Argentina y México de 60 años y más. Distribución por grupo de Edad y Nivel de Instrucción. Hombres y Mujeres. SABE. 2000



Las figuras 3a y 3b muestran las prevalencias para los totales nacionales (3a) y las capitales de los países (3b) por sexo, grupo de edad y nivel de instrucción. Dichas figuras muestran las mayores diferencias al comparar los resultados nacionales respecto a la comparación de las dos grandes ciudades.



Masculino Femenino

9

Figura 3a: Prevalencias de discapacidad en ABVD Argentina y México. Distribución por grupo de Edad y Nivel de Instrucción.Hombres y Mujeres. ENCaViAM y ENASEM. 2012

70,0

ABVD Argentina ENCaViAM

9 6a 0 9

7a 0 7 +

0 L 8

ATO 9 T

6a 0 9

6

7a 0 7 + 0 860,0 ABVD Mexico ENASEM

L ATO 9 6a 0 T Fuente: Elaboración propia sobre la base de la ENCaViAM-Argentina, 2012 y ENASEM-México, 2012

Figura 3b: Prevalencias de discapacidad en ABVD Argentina y México. Distribución por grupo de Edad y Nivel de Instrucción.Hombres y Mujeres. SABE 2000

Fuente: Elaboración propia sobre la base de SABE, 2000

50,0

40,0

9 7a 0 7 + 0 830,0 20,0

L ATO 9 6a 0 T 610,0 0,0

9 7a 0 7 +

0 L ATO Alto Bajo Alto Bajo T

70,0

60,0

9 6a 0 9

6

7a 0 7 +

0 L 8

ATO 9 T

6a 0 9

6

7a 0 7 + 0 8 ABVD Argentina SABE ABVD Mexico SABE

L ATO 9 6a 0 T 650,0 40,0

9 7a 0 7 + 0 830,0 20,0

L ATO 9 6a 0 T 610,0 0,0

9 7a 0 7 +

0 L ATO T

La Figura 4 muestra las prevalencias de discapacidad para Argentina y Buenos Aires y para

México y México D.F., estas últimas estandarizadas y sin estandarizar, según sexo.

En el caso de las prevalencias para Argentina (total nacional) se incorpora un factor de corrección por la exclusión de los que no pueden responder, según se explica en la sección de métodos, (aunque dicha corrección no cambia la magnitud de las prevalencias ya que se estima afecta a menos del 5% de las personas con discapacidades en ABVD de ese grupo etario).

Si bien la estandarización (asumiendo la misma estructura por nivel de instrucción en las dos poblaciones) arroja el resultado lógico de reducir las diferencias entre los dos países, el efecto sería mucho mayor en el caso de los resultados a nivel de las ciudades capitales (respecto a los totales nacionales):

- a) la estandarización de las prevalencias a nivel Nacional sugiere que las diferencias en el nivel de instrucción de las dos poblaciones explican tan solo el 17 % de las diferencias totales de las prevalencias entre los hombres, y el 13% de las mujeres (resultado que surge de estimar el cambio en las diferencias de las prevalencias con y sin estandarización).
- b) Por su parte, el mismo ejercicio contrafactual (comparando las prevalencias con y sin estandarización) arroja que la diferencia en composición por nivel de instrucción explicaría el 70% de las diferencias en las prevalencias en discapacidades en ABVD observadas entre los Hombres de Mexico D.F. y Buenos Aires y el total de las diferencias en las prevalencias en las mujeres.

11

Figura 4: Prevalencias de discapacidad en ABVD Argentina y México, estandarizadas. Distribución por grupo de Edad y Nivel de Instrucción. Hombres y Mujeres

35,0

30,2

Hombres

Mujeres

30,0

27,1

25,0

20,0

19,7

17,2
 15,7
 19,6
 15,7
 10,2
 0,0

Argentina ENCaViAM correg

Nota: la estandarización de las prevalencias de México se realiza asumiendo la composición por nivel de instrucción de hombres y mujeres observada en Argentina (ENCaViAM) y Buenos Aires (SABE), respectivamente.

Fuente: Elaboración propia sobre la base de la ENCaViAM-Argentina, 2012; ENASEM-México, 2012 y SABE, 2000.

Por último, la figura 5 busca evaluar el comportamiento de las prevalencias de Argentina y México en el contexto internacional a partir de la comparación de las mismas con las estimadas por la OMS (2015: 73).

Es remarcable que a pesar de las importantes diferencias en las mediciones de las prevalencias de cada país según la fuente, se observa un claro patrón en el nivel de las mismas entre los países y una alta correlación entre dichas prevalencias y los niveles de ingresos de los mismos: los países de ingresos altos como Suiza y Dinamarca muestran las prevalencias más bajas, países de ingresos medios como Argentina y México las prevalencias intermedias y los países con ingresos más bajos las mayores prevalencias. Por su parte, la magnitud de las diferencias entre países no es algo constante dada la variabilidad en los niveles según la fuente

14,9 15,0
 11,5
 10,0

6,7 5,0 5,0

Mexico ENASEM Mexico ENASEM
 Buenos Aires
 Mexico D.F. SABE Mexico SABE Estandard
 SABE
 Estandard

12

de información, y en este sentido las mediciones y comparaciones basadas en diferentes fuentes deben ser interpretadas con cautela. En la sección de Discusión se analizar con más detalle este punto.

Figura 5: Prevalencias de discapacidad en ABVD en Argentina (2012), México ENASEM (2012), México SAGE, Suiza, Dinamarca, India o Ghana. Hombres y Mujeres de 65 a 74 años.

Prevalencias discapacidad en ABVD Argentina, Mexico y otros paises segun OMS

90 8070
 78
 68 60
 60 50
 61 51 42
 40 3020
 43 33 20 15
 26
 12
 13
 18 19

10
4

5 6

0Mexico

Mexico

Mexico

Argentina

Argentina

Suiza SHARE Dinamarca

India SAGE Ghana SAGE ENASEM

SABE

SAGE

ENCaViAM

SABE

SHARE

65 a 74 75 +

Fuente: Elaboración propia sobre la base de la ENCaViAM-Argentina, 2012; ENASEM-México, 2012, SABE, 2000 y OMS (2015)

Discusión y conclusiones

Los resultados de este estudio indican que la prevalencia de discapacidades en ABVD entre la población de 60 años y más es mayor en México que en la Argentina, tanto en hombres como entre las mujeres y que si bien existen importantes diferencias según la fuente que se utiliza en cada país, los resultados de la comparación entre los dos países siguen la misma dirección de acuerdo los resultados de todas las fuentes.

Utilizando el “máximo nivel de instrucción alcanzado” para aproximar el nivel socio-económico del colectivo de personas mayores de los dos países, es posible afirmar que el colectivo de personas mayores de la Argentina y Buenos Aires disfruta de un mejor nivel socio-económico en términos relativos a lo observado entre los mayores de México, ya que de

13

acuerdo a las tres fuentes analizadas el colectivo de la Argentina (y de Buenos Aires) presenta una mayor proporción de personas mayores en el grupo de instrucción relativamente elevado, respecto a lo observado entre los colectivos de Mexico y Mexico D.F. Este resultado se mantiene tanto entre los hombres como entre las mujeres.

Por otra parte, analizando las prevalencias de discapacidades según nivel de instrucción y por sub-grupo de edad, se observa un patrón claro de mayores prevalencias entre los grupos más desfavorecidos (según nivel de instrucción), y ello se mantiene tanto entre la población de México, como entre la de Argentina, y entre hombres y mujeres.

Todo lo anterior indica que parte de las mayores prevalencias de discapacidades observadas entre la población mayor de México respecto a la de Argentina, obedecería a las diferencias de

composición por nivel de instrucción de las poblaciones mayores de 60 años de ambos países.

Estos resultados se encuentran en concordancia con los observados por otros estudios que han analizado la asociación entre la discapacidad en las ABVD y el nivel socioeconómico (Hosseinport et al. 2013; Hosseinport et al., 2015; Acosta y Monteverde, 2016)

¿Pero en qué medida estarían incidiendo las diferencias de composición en las diferencias globales de prevalencias entre los dos países? Para responder esta cuestión se realizó el análisis contrafactual en el que se asume la misma composición por nivel de instrucción en ambas poblaciones (en este caso se tomó la composición de la Argentina como estándar) y se analiza la magnitud en la reducción en las diferencias de las prevalencias entre los dos países.

Los resultados de este ejercicio difieren significativamente según sean las fuentes de comparación utilizadas: mientras que de acuerdo a las comparaciones basadas en la ENCaViAM, 2012 para la Argentina y la ENASEM, 2012 para México sugieren que las diferencias de composición por nivel de instrucción explicarían solo el 13% y el 17% de las diferencias de prevalencias observadas entre los países entre las mujeres y los hombres, respectivamente; las comparaciones basadas en SABE, 2000 sugieren que toda la diferencia (el 100%) obedezca estas diferencias en composición socio-económica entre las mujeres de Argentina y México y el 70% de las diferencias entre los hombres mayores de ambos países.

¿Dadas estas diferencias en los resultados según las fuentes, que comparación sería la que mejor reflejaría las causas de las diferencias en los niveles de las prevalencias entre los dos países?

14

Por un lado, resaltar que las distintas fuentes difieren en los grupos objeto de estudio y ello de por si es un factor que podría explicar las diferencias en las conclusiones. En este sentido, las diferencias de resultados podrían obedecer al hecho que las poblaciones de Argentina y

México total país son más heterogéneas que las poblaciones de Buenos Aires y Ciudad de México D.F. específicamente. Sin embargo, cuando se comparan las distribuciones por edad, sexo y nivel de instrucción entre México y Argentina (Figura 2a), con las de Buenos Aires y México D.F. (Figura 2b), es posible notar menores diferencias en los totales nacionales. Más allá de esto, puede haber mayores heterogeneidades a nivel Nacional respecto a nivel de las Capitales en aspectos que no se captan con las distribuciones de las poblaciones por edad, sexo y nivel de instrucción, pero que, si afectan el reporte de discapacidad en ABVD, como por ejemplo en aspectos contextuales. Sin embargo, las diferencias contextuales como es la oferta de servicios, la adaptación de las ciudades a las necesidades de las personas con limitaciones funcionales, etc. afectan más al reporte de discapacidades en actividades instrumentales de la vida diaria y no básicas.

Otra posible fuente que motivaría la diferencia de resultados según las fuentes, es la existencia de mayores diferencias en el diseño y en los protocolos de preguntas entre la ENCaViAM y la ENASEM, respecto a la SABE Argentina y SABE México. De hecho, la SABE utilizó diseños de muestreos similares en aspectos claves como el tratamiento de los casos en los que la persona seleccionada no podía responder por problemas cognitivos o físicos (en dicho caso no se los excluía, sino que se buscó un proxy para responder) y protocolos de preguntas idénticos para captar las diferentes dimensiones de análisis: en el caso de las discapacidades en ABVD y AIVD, las preguntas se estructuraron de la siguiente forma:

“Debido a un problema de salud. por favor, dígame si usted tiene dificultad (ahora) haciendo cada una de las actividades que le voy a mencionar. No tome en cuenta problemas que usted espera que duren menos de tres meses”.

Por su parte, la encuesta ENASEM, basada en los mismos protocolos de origen que la encuesta SABE (la HRS de Estados Unidos), considera una forma de preguntar muy similar:

“Por favor dígame si tiene alguna dificultad con cada una de las actividades que le voy a

mencionar. Si Ud. no hace ninguna de las siguientes actividades, simplemente dígamelo. No incluya dificultades que cree que durarán menos de tres meses. Debido a un problema de salud ¿Usted tiene dificultad para....”

15

Donde las ABVD incluidas son las mismas que las del estudio SABE.

Por otra parte, la ENCaViAM, no considera el diseño ni los protocolos de estas encuestas, y entre las particularidades de la misma cabe mencionar dos aspectos especialmente relevantes a la hora de captar las discapacidades en ABVD:

- 1- La decisión de no usar proxy en los casos en que las personas seleccionadas (objetivo) no podían responder, sino que se excluyeron de la muestra.
- 2- El foco en la necesidad de ayuda y no es la dificultad para la realización de la ABVD. La pregunta en esta encuesta es: *“Quisiera que me dijera si necesita ayuda para realizar cada una de las actividades que le voy a mencionar. No tome en cuenta las limitaciones transitorias, que duren menos de 3 meses...”*

Donde las actividades son las mismas que en el caso de SABE y la ENASEM.

Respecto al punto 1, la exclusión de los que no podían responder, es sin duda una fuente de subestimación de las prevalencias, lo cual en parte podría ayudar a explicar las mayores diferencias entre Argentina y México, respecto de las comparaciones con SABE. Sin embargo, cuando se analiza a cuánto podría ascender esta fuente de subestimación, se observa que por si solo no permite explicar este resultado.

El aspecto que más podría estar incidiendo en el mayor diferencial observado utilizando esta encuesta, sería el foco en la *necesidad de ayuda* en vez de la *dificultad* para la realización de la actividad. La necesidad de ayuda de otras personas orienta la pregunta a la medición más directa de la situación de dependencia y en menor medida a la condición de discapacidad, y existe cierto consenso en que no todas las personas con discapacidad son dependientes, y por

tanto, en el caso de la ENCaViAM se trata de un universo de análisis más acotado que lo que se recoge en las encuestas ENASEM y SABE.

Todo lo anterior sugiere que el análisis basado en el estudio SABE y en los estudios de la región que siguen similares protocolos y diseños de los instrumentos de recolección y muestreo, serían los más apropiados para analizar la importancia de los factores socio-económicos en la determinación de los niveles de las prevalencias de las discapacidades en ABVD en países de la región.

A pesar de las limitaciones relacionadas con las fuentes de datos, este trabajo ha observado diferencias entre los países/ciudades, así como al interior de los mismos asociados a las

16

diferencias de los contextos socioeconómicos. Futuras investigaciones deberían enfocarse en mejorar las fuentes de datos para explorar las diferencias socioeconómicas en la prevalencia de las discapacidades, en especial en Argentina.

Bibliografía

Acosta LD y Monteverde M (2016). Vulnerabilidad de la población mayor en situación de dependencia en la Argentina. Análisis en base a la Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de Adultos Mayores (ENCaVIAM) 2012. En: Celton D y Peláez E *Cambios Demográficos y Vulnerabilidad social*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ilustrada.

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (Argentina). *Encuesta Nacional sobre calidad de vida de adultos mayores 2012. Documento para la utilización de la base de datos usuario*. Buenos Aires: INDEC; 2014.

Hosseinport AR, _Stewart Williams JA, Gautman J, Posarac A, Officer A, Verdes E, Kostanjsek N & Chatterji S (2013). Socioeconomic inequality and disability among

adults: a multicountry study using the World Health Survey. *Am J Public Health*, 103 (7): 1278-1286.

Hosseiniport AR, Bergen N, Kostanjsek N, Kowal P, Officer A &Chatterji S (2016). Socio-demographic patterns of disability among older adultspopulations of low income and middle income countries: results from World Health Survey. *Int J Public Health*, 61: 337-345.

Organización Mundial de la Salud (2015). *Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud*. Disponible en: <http://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/es/>.

PELÁEZ, Martha; Palloni, Alberto; Albala, Cecilia; Alfonso, Juan C; Ham-Chande, Roberto; Hennis, Anselm; Lebrao, Maria Lucia; Leon-Diaz, Esther; Pantelides, Edith; Prats, Omar. SABE - Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento, (2000) [archivo electrónico]: Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) [productor y distribuidor], 2004.

WONG Rebeca; Palloni Alberto; INEGI; Gutiérrez LM; Téllez-Rojo MM (2012). *Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México*. Disponible en: http://enasem.org/index_Esp.aspx.