



## Población y Salud en Mesoamérica

Revista electrónica publicada por el  
Centro Centroamericano de Población,  
Universidad de Costa Rica, 2060 San José, Costa Rica  
<http://ccp.ucr.ac.cr>

---

### **Población y Salud en Mesoamérica**

Revista electrónica semestral, ISSN-1659-0201

Volumen 12, número 1, artículo 2

Julio -diciembre, 2014

Publicado 1 de julio, 2014

<http://ccp.ucr.ac.cr/revista/>

## **Comparación de la prevalencia de discapacidades basada en auto-reportes en países de América Latina**

*Malena Monteverde-Verdenelli*

*Andrés Peranovich-Celton*

*Ana Zepeda-Ortega*



Protegido bajo licencia Creative Commons  
Centro Centroamericano de Población

## Comparación de la prevalencia de discapacidades basada en auto-reportes en países de América Latina

### *Comparison of the prevalence of disabilities based on self-reports among Latin American countries*

*Malena Monteverde-Verdenelli<sup>1</sup>, Andrés Peranovich-Celton<sup>2</sup>, Ana Zepeda-Ortega<sup>3</sup>*

#### RESUMEN

En general, la medición de prevalencias de discapacidades a nivel de población o de grandes muestras se basa en auto-reportes. 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. El análisis incluye las poblaciones de Buenos Aires, Santiago de Chile, Sao Pablo, Ciudad de México, Montevideo y La Habana. Para evaluar la consistencia de las comparaciones basadas en auto-reportes, se estiman prevalencias de discapacidades en AVD y prevalencias de enfermedades crónicas relacionadas con la discapacidad. Luego se comparan los patrones observados en países con ambas condiciones. Las poblaciones de 60 años y más de Buenos Aires y Montevideo reportan menores dificultades para la realización de AVD y menores prevalencias de condiciones crónicas discapacitantes como 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 se descarta la existencia de efectos por diferencias en factores contextuales o en las propensiones a reportar discapacidades, entre otros. En este sentido, sería de utilidad llevar a cabo estudios ad-hoc que permitan medir simultáneamente diagnósticos y auto-reportes, la implementar instrumentos como viñetas e incluir información sobre factores contextuales (al menos para sub-muestras), y así poder evaluar la existencia de sesgos sistemáticos y la importancia de factores contextuales en los auto-reportes de discapacidades.

**Palabras clave:** discapacidad, actividades de la vida diaria, condiciones crónicas, auto-reporte, América Latina.

---

<sup>1</sup>Universidad Nacional de Córdoba (UNC), Centro de Investigaciones y Estudios sobre Cultura y Sociedad (CIECS)-CONICET. ARGENTINA. montemale@yahoo.com

<sup>2</sup>Universidad Nacional de Córdoba (UNC), Centro de Investigaciones y Estudios sobre Cultura y Sociedad (CIECS)-CONICET. ARGENTINA. andrescperra@gmail.com

<sup>3</sup>Universidad Nacional de Córdoba (UNC). ARGENTINA. ana.zepeda@vtr.net

## ABSTRACT

In general, the measurement of the prevalence of disability at population level or large samples is based on self-reports. It is of interest to assess the extent to which self-reports allow comparisons between population groups. The aim of this study is to measure, compare and analyze the consistency of the comparisons of the prevalence of disability in activities of daily living (ADL) among populations in Latin America. The analysis includes the cities of Buenos Aires, Santiago de Chile, Sao Paulo, Mexico City, Montevideo and Havana. In order to evaluate the consistency of comparisons based on self-reports, we estimate prevalence of disability in ADLs and prevalence of disability-related chronic diseases and we compare patrons among country with both conditions. Populations aged 60 and over in Buenos Aires and Montevideo report lower prevalence of disabilities in ADLs and lower prevalence of chronic disabling conditions such as diabetes, lung disease, stroke and cognitive problems. This suggests that at least part of the differences in self-reported disabilities may be due to differences in morbidity. However, it does not rule out the existence of other effects such as those due to differences in contextual factors or in the propensity to report disabilities. In this sense, it would be useful to conduct ad-hoc studies to measure simultaneously self-reported and diagnoses conditions, the use of instruments such as vignettes and the introduction of questions about contextual factors (at least for sub-samples), in order to assess the existence of bias and the importance of contextual factors in self-reports of disabilities.

**Keywords:** disability, activities of daily living, chronic conditions, self-report, Latin America.

**Fecha de recibido:** 21 octubre del 2013

**Fecha de aceptado:** 14 marzo del 2014

**Fecha de corregido:** 7 abril del 2014

## 1. INTRODUCCIÓN

La discapacidad es un término genérico que abarca deficiencias o limitaciones para realizar actividades, o bien restricciones para participar en ellas. Puede afectar de manera diversa y en diferentes ámbitos, uno de los cuales tiene que ver con las actividades necesarias para subsistir de forma independiente. Acorde con el nivel de autonomía, se suele hacer la distinción entre las actividades de la vida diaria (AVD) y actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD). Las primeras se refieren al auto-cuidado, funcionamiento físico y mental dentro del hogar. En cambio, las instrumentales requieren un mayor nivel de autonomía personal y se asocian a tareas desarrolladas fuera del hogar.

El aumento de las personas con discapacidad, producto del envejecimiento de la población, es un hecho que preocupa, pues traerá consigo un aumento en la demanda de servicios de cuidado a largo plazo, entre otras consecuencias (Mayhew, 2000; Comas-Herrera, Costa-Font, Gori, Di Maio, Patxot, Pickard, Pozzi, Rothgang & Wittenberg, 2003).

Por lo tanto, resulta relevante avanzar en el perfeccionamiento de las mediciones de prevalencia de discapacidad que se están llevando a cabo. Esto se debe a que en la práctica, las mediciones y comparaciones de prevalencias de discapacidades pueden estar afectadas por diferencias en las metodologías de medición de la discapacidad y las diferencias de propensión para auto-reportar AVD o AIVD entre diferentes poblaciones o subgrupos de población.

Es así como 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 las respuestas de los encuestados. Es así como 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 para elevar sustantivamente la comparabilidad de los datos. Otra iniciativa, que va en la línea de controlar la subjetividad, ha sido la introducción de “viñetas”, un instrumento que consiste en descripciones cortas de diferentes estados de salud de las personas (de terceras personas), las cuales se pide a los entrevistados ordenar con base en las mismas dimensiones y escalas en las que ordenarían su propio estado de salud<sup>4</sup>. En esta misma línea está la incorporación de mediciones hechas a través de ejercicios protocolizados, supervisados por personas capacitadas para evaluar el desempeño del encuestado.

No obstante lo anterior, el uso de estas técnicas no es generalizado y su utilidad aún se encuentra en fase de evaluación. Además, su implementación eleva los costos de estos estudios. Por lo tanto, en la actualidad el auto-reporte de discapacidad sigue siendo la medida disponible, aun cuando no sea la más objetiva. En este sentido, 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.

## 2. MÉTODO Y DATOS

La fuente de información utilizada en el presente estudio es la Encuesta Salud, bienestar y envejecimiento, SABE (Pelaez, Palloni, Albala, Alfonso, Ham-Chande, Hennis, Lebrao, León-Díaz, Pantelides & Prats, 2004). Esta fue realizada en el año 2000 con el objeto de recoger información representativa de la población de 60 años y más de América Latina y el Caribe que encarna las diferentes etapas del envejecimiento en la región (Albala, Lebrao, León Díaz, Ham-Chande, Hennis, Palloni, Peláez & Prats, 2005). La encuesta SABE brinda información (a nivel del individuo) demográfica, socio-económica, de estructura del hogar, auto-reportes de padecimiento de enfermedades crónicas y su tratamiento, medidas antropométricas, uso y gastos

---

<sup>4</sup> Ver definición del: “2007 Disability Vignette Survey, HRS” en <http://hrsonline.isr.umich.edu/index.php?p=shoavail&iyear=78>

en servicios médicos, problemas en actividades de la vida diaria (AVD) y actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), 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, su principal ventaja es que utiliza el mismo protocolo de medición para todos los países, y reduce así los problemas de comparabilidad asociados a diferencias en las actividades contempladas para medir discapacidades y a la forma de preguntar.

Para intentar responder la pregunta de en qué medida el auto-reporte permite medir diferencias en la presencia de discapacidades en grupos de población heterogéneos que posiblemente tendrán, por tanto, diferentes escalas de evaluación, primero se estiman prevalencias de discapacidades en AVD a nivel de población de cada país y estandarizadas, con el objeto de visualizar los patrones de prevalencia generales de cada país de acuerdo con la composición etaria y por sexo para simplificar las comparaciones entre países. Para la estandarización de las prevalencias se utiliza como referencia la estructura etaria de la Argentina.

Las prevalencias de discapacidades en AVD se basan en el auto-reporte de las siguientes dificultades (en todos los países analizados): a) dificultad para cruzar un cuarto caminando; b) dificultad para vestirse; c) dificultad para bañarse; d) dificultad para comer; e) dificultad para acostarse o pararse de la cama; d) y dificultad para usar el servicio sanitario.

En segundo lugar, se evalúa 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. La selección de los factores se basa en hallazgos de otros estudios que muestran que la presencia de discapacidades está inversamente relacionada con el nivel de educación (Hayward, Crimmins, Miles & Yang, 2000) y es mayor entre las mujeres (Guralnik, Leveille, Hirsch, Ferrucci y Fried, 1997; Guralnik, Butterworth, Wadsworth & Kuh, 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 factores que incrementan el riesgo de padecer discapacidades en edades adultas (Monteverde, Norohna & Palloni, 2008; Sohan, Ottenbacher, Markides, Kuo, Eschbach & Goodwin, 2007; Fried, Bandeen-Roche, Kasper & Guralnik, 1999; Verbrugge, Lepkowski & Imanaka, 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 puede incrementar el riesgo de padecer enfermedades crónicas y discapacidades en edades adultas (Monteverde et al., 2008; Palloni, McEniry, Davila & Gurucharri, 2005; Couzin, 2002; Barker, 1998; Elo & Preston, 1992). Dichos efectos podrían persistir después de controlar las condiciones socio-económicas actuales de las personas (Monteverde et al., 2008; Khu, Hardy, Butterworth, Okell, Richards, Wadsworth, Cooper & Sayer, 2006; Guralnik et al., 2006).

Cabe aclarar que, si bien las enfermedades crónicas consideradas también son auto-reportadas, es necesario que hayan sido diagnosticadas por un médico y, por tanto, de haber sesgos, se deberían a otras causas de las relacionadas con diferencias de auto-percepción, como puede ser en el caso de los auto-reportes de discapacidades.

En tercer lugar, se calcula las prevalencias de los principales factores de riesgo identificados en el modelo anterior. Por último, se analiza en qué medida las diferencias en las prevalencias de discapacidades son consistentes con las diferencias observadas para los factores de riesgo.

### **3. RESULTADOS**

A continuación, en el cuadro 1 se presenta una comparación de las prevalencias auto-reportadas de discapacidades en AVD en las poblaciones objeto de estudio para ambos sexos conjuntamente y para hombres y mujeres por separado. Se presentan las prevalencias extrapoladas a población (a partir de la aplicación del factor de expansión) y estandarizadas por edad según la estructura etaria de Buenos Aires.

Se puede observar que la población de 60 años y más de Buenos Aires reporta menor prevalencia de discapacidades en AVD (17.36%), 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).

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 se muestran en La Habana (junto con Buenos Aires y Montevideo) y San Pablo está en el segundo lugar de mayores prevalencias.

Cabe resaltar que las menores prevalencias de Buenos Aires y Montevideo para ambos sexos no obedecen a la composición etaria de estos grupos, sino muy por el contrario, estas dos poblaciones se encuentran entre las más envejecidas de la región (junto con Cuba). Es importante notar que si se comparan las prevalencias estandarizadas por edad, el orden entre países se mantiene.

Cabe preguntarse si la menor prevalencia observada en Buenos Aires y Montevideo se debe a mejores condiciones de salud de las personas mayores en estas poblaciones, a factores contextuales (ambientales o personales) o a percepciones subjetivas más optimistas sobre el propio estado funcional por parte de estas poblaciones.

En el cuadro 2 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 esta probabilidad en las poblaciones bajo estudio. 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, el resultado en el test de funcionamiento cognitivo (minimal) y una serie de enfermedades crónicas auto-reportadas.

Todas las variables incluidas resultaron ser estadísticamente significativas y tomaron 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 y menor cuando el nivel de 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 aumenta (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 minimal (151%, 113% y 206%, respectivamente).

De lo anterior se desprende que los factores de riesgo analizados y las características socio-demográficas incluidas en el modelo estarían explicando, al menos en parte, las limitaciones funcionales debidas a problemas de salud de las personas a nivel de individuos.

En el cuadro 3 se presentan las comparaciones, entre los países, de las prevalencias de condiciones crónicas correlacionadas con la probabilidad de auto-reporte de discapacidades. Puede observarse que la población de Buenos Aires tiene los más bajos reportes en prevalencia de diabetes, enfermedades pulmonares y enfermedades cerebrovasculares. Sin embargo, en relación con la hipertensión, cáncer, enfermedades cardíacas y enfermedades osteoarticulares está dentro de las más altas. Por su parte, Montevideo muestra prevalencias más bajas respecto a las otras ciudades en enfermedades pulmonares, cerebrovasculares y problemas cognitivos severos.

Respecto al nivel de educación (no mostrado en el cuadro) se observa que el promedio de años de educación formal de estas poblaciones es de siete años para Buenos Aires y La Habana, seis años para Montevideo y Santiago, cinco para Ciudad de México y tres para San Pablo.

#### **4. DISCUSIÓN**

En el presente estudio se estiman y comparan prevalencias auto-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.

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 del estado cognitivo, resultaron ser elementos estadísticamente significativos en el modelo de regresión logística con variable dependiente igual a uno si el individuo reporta alguna discapacidad en AVD. Entre las condiciones crónicas más estrechamente relacionadas con la probabilidad de reportar discapacidades en AVD cabe destacar: a) las enfermedades cerebrovasculares, b) las enfermedades osteoarticulares; c) y los problemas cognitivos. Las demás enfermedades incluidas en el estudio también resultaron estadísticamente significativas con *odds ratio* de magnitudes en el siguiente orden: cáncer, enfermedades del corazón, enfermedades pulmonares, diabetes e hipertensión.

Las poblaciones de Buenos Aires y Montevideo son las que reportan menores prevalencias de discapacidades en AVD ajustadas por grupos de edad en relación con la diabetes, enfermedades pulmonares, enfermedades cerebrovasculares y problemas cognitivos. Es decir, presentan menores prevalencias en dos de las tres condiciones más correlacionadas con el auto-reporte de discapacidades en AVD, y en otras dos condiciones que también resultan significativas.

Los resultados del presente estudio muestran una consistencia entre la prevalencia de discapacidades en AVD (auto-reporte) y la prevalencia de condiciones crónicas discapacitantes

(reporte de diagnóstico o test minimal) entre poblaciones de diferentes países de América Latina. Ello sugiere que las diferencias de auto-reportes 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 sobre 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 estrechamente relacionados.

## 5. CONCLUSIONES

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 contexto donde tienen que desarrollar su vida las personas con dificultades para la realización de AVD, o diferencias de percepción de las dificultades, influidas por todos los factores anteriores?

Sin bien los resultados de este estudio sugieren que, al menos en parte, las diferencias podrían deberse a la morbilidad, la comprensión del rol que juegan los otros factores es de gran importancia a la hora de comparar prevalencias de discapacidades entre distintos grupos. En este sentido, sería de utilidad llevar a cabo estudios ad-hoc que permitan medir simultáneamente diagnósticos y auto-reportes, la implementación de instrumentos como viñetas y la inclusión de información sobre factores contextuales (al menos para sub-muestras) para evaluar la existencia de sesgos sistemáticos y la importancia de factores contextuales en los auto-reportes de discapacidades.

## 6. REFERENCIAS

- Albala, C., Lebrao, M. L., León, E. M., Ham-Chande, R., Hennis, A. J., Palloni, A., Peláez, M. y Pratss, O. (2005). Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE): metodología de la encuesta y perfil de la población estudiada. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 17(5/6), 307-322.
- Barker, D. J. P. (1998). *Mothers, babies and health in later life* [Las madres, los bebés y la salud en la vida adulta] (2ª ed.). London: Churchill-Livingston.
- Comas-Herrera, A., Costa-Font, J., Gori, G., 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* [Estudio Europeo de cuidado a largo plazo del gasto: La investigación de la sensibilidad de las proyecciones de los futuros gastos de atención a largo plazo en Alemania, España, Italia y el Reino Unido a los cambios en los supuestos sobre la demografía, la dependencia, la atención informal, cuidado formal y costos unitarios]. European Commission, Employment and Social Affairs DG.
- Couzin, J. (2002). Quirks of fetal environment felt decades later [Peculiaridades del ambiente fetal sentidos décadas más tarde]. *Science*, 296(5576), 2167-2169.
- Elo, I. y Preston, S. H. (1992). Effects of Early-Life Conditions on Adult Mortality: A Review [Efectos de las condiciones tempranas de vida sobre la mortalidad de adultos: una revisión]. *Population Index*, 8(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 [Asociación de comorbilidad con discapacidad en mujeres mayores: Estudio de la salud de la Mujer y Envejecimiento]. *Journal of Clinical Epidemiology*, 52(1), 27-37.
- Guralnik, J. M., Leveille, S. G., Hirsch, R., Ferrucci, L., y Fried, L. P. (1997). The Impact of Disability in Older Women [El impacto de la discapacidad en mujeres mayores]. *Journal of the American Medical Women Association*, 52(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 [Estatus socioeconómico de la infancia predice el funcionamiento físico un medio siglo después]. *Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 61(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 [La importancia del estatus socioeconómico en explicar la brecha racial en condiciones crónicas de salud]. *American Sociological Review*, 65, 910-930.

- 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 [Orígenes evolutivos de rendimiento físico de la mediana edad: la evidencia de una cohorte de nacimientos británicos]. *American Journal of Epidemiology*, 164(2), 110-121.
- Mayhew, L. (2000). *Health and Elderly Care Expenditure in an Aging World* [Salud y cuidado de personas mayores gastos en un mundo que envejece]. Luxemburgo, Austria: International Institute for Applied Systems Analysis..
- Monteverde, M. (2004). *Discapacidades de las personas mayores en España: prevalencia, duraciones e impacto sobre los costes de cuidados de larga duración* (Tesis Doctoral). Universidad de Barcelona, España. Recuperado de <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 [Efecto de las condiciones tempranas de la Discapacidad en la Vejez en América Latina y el Caribe]. *Population Studies*, 63(1), 21-35.
- Murray, C. J. L. y López, A. D. (1997). Regional patterns of disability-free life expectancy and disability adjusted life expectancy: Global Burden of Disease Study [Patrones regionales de esperanza de vida libre de discapacidad y la esperanza de vida ajustada por discapacidad: Estudio Global de la Carga de Discapacidad]. *The Lancet*, 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 [La influencia de las condiciones tempranas sobre el estado de salud entre los ancianos puertorriqueños]. *Social Biology*, 52(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. Organización Panamericana de la Salud.
- 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 [El Efecto de la Obesidad sobre la Discapacidad vs La Mortalidad en los Estadounidenses en Edad Avanzada]. *Arch Intern Med*, 167, 774-780.
- Verbrugge, L. M., Lepkowski, J. M. y Imanaka, Y. (1989). Comorbidity and its impact on disability [La comorbilidad y su impacto en la discapacidad]. *The Milbank Quarterly*, 67(3/4), 450-484.

## 7. TABLAS Y FIGURAS

**Cuadro 1**  
**Prevalencias poblacionales y estandarizadas de discapacidad en AVD. Poblaciones de Buenos Aires, La Habana, Ciudad de México, Montevideo, San Pablo y Santiago de Chile.**

<b>PREVALENCIAS DE DISCAPACIDADES EN AVD</b>						
<b>AMBOS SEXOS</b>						
	<b>Buenos Aires</b>	<b>San Pablo</b>	<b>Santiago</b>	<b>La Habana</b>	<b>México D.F.</b>	<b>Montevideo</b>
Poblacional	17,36	19,28	22,00	19,04	19,40	17,42
Estandarizada (Base=Buenos Aires)	17,36	20,03	22,13	17,85	19,96	17,02
<b>HOMBRES</b>						
Poblacional	12,80	14,85	17,29	22,43	16,12	10,94
Estandarizada (Base=Buenos Aires)	12,80	15,74	17,99	19,83	17,39	10,26
<b>MUJERES</b>						
Poblacional	20,19	22,41	25,17	14,15	21,78	21,11
Estandarizada (Base=Buenos Aires)	20,19	23,11	24,55	14,36	21,86	20,72

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

**Cuadro 2**  
**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.**

<b>Discapacidad AVD</b>	<b>Razón de probabilidad</b>	<b>Desvío Estándar</b>	<b>95% Intervalo de confianza</b>	
Edad	1.04*	0.00	1.03	1.05
Sexo	1.25*	0.08	1.11	1.41
Años de educación	0.95*	0.01	0.93	0.96
Hipertensión	1.26*	0.08	1.12	1.42
Diabetes	1.28*	0.10	1.11	1.49
Cáncer	1.70*	0.22	1.31	2.19
Enfermedad Pulmonar	1.55*	0.13	1.32	1.83
Enfermedad del Corazón	1.57*	0.10	1.38	1.79
Enfermedad Cerebro-vascular	2.51*	0.26	2.05	3.07
Enfermedad Osteoarticular	2.13*	0.13	1.90	2.40
Problema Cognitivo (no pasa el minimal)	2.06*	0.20	1.70	2.50

Nota: \* p<0.001

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

**Cuadro 3**  
**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.**

	<b>Buenos Aires</b>	<b>San Pablo</b>	<b>Santiago</b>	<b>La Habana</b>	<b>México DF</b>	<b>Montevideo</b>
<b>Hipertensión</b>	49.37	53.32	50.90	43.99	42.63	45.17
<b>Diabetes</b>	12.32	17.88	13.00	14.75	21.48	13.69
<b>Cáncer</b>	5.25	3.30	4.11	3.36	1.85	6.25
<b>Enf. pulmonar</b>	7.85	12.20	11.82	12.89	9.80	9.27
<b>Enf. cardíaca</b>	19.81	19.52	32.08	24.08	9.95	23.74
<b>Enf. cerebrovascular</b>	4.84	7.20	6.54	9.70	5.82	3.69
<b>Enf. osteoarticular</b>	52.50	31.74	28.93	55.64	24.42	48.09
<b>Prob. Cognitivos</b>	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.c 2004).