

Prevalencia de discapacidades en actividades básicas de la vida diaria y condición socioeconómica de las personas mayores: análisis comparado entre Argentina y México

Disability Prevalence and Socio-economic Conditions Among the Elderly: Comparative Analysis Between Argentina and Mexico

Malena Monteverde¹

*Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas-Universidad
Nacional de Córdoba, Argentina*

Laura Acosta²

*Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas-Universidad
Nacional de Córdoba, Argentina*

María Guadalupe Ruelas González³

Sistema Nacional de Investigadores, Instituto Nacional de Salud Pública, México

José Luis Alcantara Zamora⁴

Instituto Nacional de Salud Pública, México

Resumen

El objetivo principal de este trabajo es comparar la prevalencia de discapacidades en actividades básicas de la vida diaria (ABVD) entre las

Abstract

The main objective of this study is to compare the prevalence of disabilities, measured using Basic Activities of Daily Living (ADL), of people

- 1 Es doctora en Economía y cursa un posdoctorado en Demografía. Es investigadora adjunta del Centro de Investigaciones y Estudios sobre Cultura y Sociedad (CIECS), Unidad Ejecutora del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (Conicet) en la Universidad Nacional de Córdoba (UNC). Su línea de investigación es el envejecimiento poblacional y la dependencia. <montemale@yahoo.com>
- 2 Es doctora en Demografía e investigadora asistente del CIECS, Conicet-UNC. Sus líneas de investigación son el envejecimiento poblacional y los factores de riesgo para enfermedades crónicas no transmisibles.
- 3 Es doctora en Ciencias de la Salud Pública con área de concentración en sistemas de salud. Se desempeña como investigadora en Ciencias Médicas «C» y es miembro del Sistema Nacional de Investigadores (SNI) y del Centro de Investigación en Evaluación y Encuestas (CIEE) del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) de México. Su investigación se centra en los grupos vulnerables. <guadalupe.ruelas@insp.mx>
- 4 Es licenciado en Relaciones Económicas Internacionales por la Universidad Autónoma del Estado de México y maestro en Ciencias de la Salud con área de concentración en Economía de la Salud por el INSP. Se desempeña como investigador del CIEE del INSP. Sus líneas de investigación se centran en la estadística aplicada, la farmacovigilancia y la farmacoeconomía. <jose.alcantara@espm.insp.mx>

personas de sesenta años y más de Argentina y México y evaluar en qué medida los diferenciales de prevalencias se asocian con la composición socioeconómica de las poblaciones. Las fuentes de microdatos utilizadas son: la Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de Adultos Mayores (Encaviam) realizada en Argentina en 2012 (Indec, 2014), la Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México (Enasem) de 2015 y los microdatos del estudio Salud, Bienestar y Envejecimiento en América Latina y el Caribe (SABE) del año 2000. Los resultados sugieren que gran parte de las diferencias en las prevalencias de discapacidad entre los dos países obedecería a las diferencias de composición por condición económica, reforzando los resultados que se observan en el *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud* de la Organización Mundial de la Salud (2015).

Palabras clave: Discapacidad. Personas mayores. Argentina. México

aged 60 and over in Argentina and Mexico and to assess the extent to which prevalence differentials are associated with socio-economic composition of the populations. The sources of microdata used are: The National Survey on Quality of Life of Older Adults (Encaviam) conducted in Argentina in 2012 (Indec, 2014), the Mexican Health and Aging Study (Enasem-MHAS) of 2015 and microdata from the Survey on Health, Well-being and Aging study in Latin America and the Caribbean, SABE (2000). The results suggest that a large share of the differences in the prevalence of disability between the two countries is likely to be due to the differences in composition by economic condition, supporting the results observed in the *World Report on Aging and Health* of the World Health Organization (2015).

Keywords: Disability. Elderly. Argentina. Mexico

Recibido: 9/3/2018. Aceptado: 15/6/2018

Introducción

Si bien el proceso de envejecimiento poblacional es un fenómeno global, sus particularidades 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 Organización Mundial de la Salud (OMS) centra la búsqueda del *envejecimiento saludable* «en el proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez» y entiende a la *capacidad funcional* como «los atributos relacionados con la salud que permiten a una persona ser y hacer lo que es importante para ella». La capacidad funcional, por su parte, se compone de la capacidad intrínseca de la persona, de las características del entorno que afectan esa capacidad y de las interacciones entre la persona y esas características (OMS, 2015: 30).

El avance de la edad en la segunda mitad de la vida⁵ 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, lo que pone de relieve la influencia de las características del entorno en la determinación de una percepción positiva de la vejez (OMS, 2015: 68).

Los instrumentos utilizados para evaluar la capacidad funcional de las personas mayores se basan en gran medida en cómo las discapacidades afectan las *actividades de la vida diaria* (OMS, 2015). Dentro de las actividades de la vida diaria se distinguen las actividades *básicas* (las ABVD) y las *instrumentales* (las AIVD). Las ABVD son las actividades relacionadas con los cuidados personales como bañarse, alimentarse, ir al baño o vestirse. Las restricciones para su realización determinan una mayor necesidad e intensidad de la ayuda requerida respecto a las AIVD (McDowell, 2006) y de allí que sean las más importantes para determinar los grados severos de dependencia. Por su parte, la *condición de dependencia* se define como «un estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, los referentes al cuidado personal» (Consejo de Europa, 1998).

En general, todas las definiciones coinciden en que la condición de dependencia está relacionada con condiciones de salud alteradas y que, como tal, es inseparable de la discapacidad (González *et al.*, s/f). La *discapacidad* por su parte, se define como la disminución de la habilidad para efectuar tareas y actividades específicas que son esenciales para el cuidado personal y la autonomía (Pope y Tarlow, 1991), y, en caso de las personas mayores, las esenciales son aquellas que involucran las ABVD.

Existe evidencia que indica que el rango de variación en la capacidad funcional es mucho más amplio en la vejez que en edades más jóvenes (OMS, 2015: 7), lo cual obedecería —al menos en parte— al efecto acumulativo de las inequidades en salud a lo largo de la vida (OMS, 2015: 9).

5 La *segunda mitad de la vida* refiere a la adultez y vejez (Salvador-Carulla, Cano Sánchez y Cabo Soler, 2004).

Un claro reflejo de tales diferencias son las grandes brechas que se observan al comparar las prevalencias de discapacidades en ABVD de las personas mayores entre diferentes países del mundo. En el *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud* (OMS, 2015) se observa la fuerte relación inversa entre el nivel socioeconómico del país y dichas prevalencias. Mientras que en países como India o Ghana las prevalencias de discapacidad en ABVD entre las personas de 65 a 74 años superan el 60% y el 50%, respectivamente, estas 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 subrepresentados, ya que solo se incluye México, con prevalencias de discapacidades en ABVD relativamente elevadas: más del 40% entre las personas en el rango de 65 a 74 años y en torno al 60% entre los mayores de 74 años (OMS, 2015: 73).

Dado el contexto de rápido envejecimiento demográfico en América Latina, que se suma a las condiciones de pobreza y desigualdad en los países de la región, cabe preguntarse cuál es la prevalencia de discapacidad en las ABVD de las personas mayores en estos países en comparación con otros países y regiones del mundo. ¿Qué patrón se observa entre la prevalencia de discapacidad en las ABVD y el nivel económico y social en estos países? Para responder a estos interrogantes se seleccionaron dos países de la región: Argentina y México, países con transición demográfica avanzada y moderada respectivamente (Huenchuan, 2009), con un contexto de crecimiento económico moderado a pesar del cual ambos mantienen condiciones de pobreza y desigualdad en sus poblaciones (Turner Barragán, 2011). Adicionalmente, tanto México como Argentina presentan un perfil epidemiológico caracterizado por un incremento sostenido de las denominadas enfermedades crónicas no transmisibles (Lozano *et al.*, 2013; Ministerio de Salud de la Nación, 2015), que aumentan a su vez el riesgo de dependencia de la población mayor.

Para abordar los interrogantes planteados, el presente estudio tiene como objetivo comparar la prevalencia de discapacidades en ABVD entre las personas de sesenta años 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 evaluar en qué medida las diferencias en los niveles de las prevalencias obedecen a diferencias socioeconómicas de las personas mayores de las dos poblaciones. Para caracterizar el nivel socioeconómico, tomaremos como base la teoría del capital humano de Gary Becker (1964), la cual indica que, a mayor nivel educativo, mayor nivel de ingreso, ya que hay una asociación positiva donde la asignación de los salarios, que está determinada por varios factores, es mayor si la educación recibida es más avanzada (Urroz Gutiérrez y Salgado Torres, 2013; Beccaria y Groismam, 2005; INEE, 2009).

Por otra parte, las estimaciones de discapacidades en ABVD a nivel de poblaciones se basan en autorreportes y, dado que esta información es muy sensible al protocolo de preguntas que se aplique (entre otras cuestiones), una buena parte del análisis se centra en comparar las diferencias de resultados según diversas fuentes de información.

Fuentes

Las fuentes de datos utilizadas fueron:

1. La Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de Adultos Mayores (Encaviam) realizada en Argentina en 2012 (Indec, 2014). La Encaviam tiene como población objetivo las personas de sesenta años y más que residen en localidades urbanas,

las que representan el 92% del total de la población de esa edad. El muestreo fue probabilístico y multietápico y el tamaño de la muestra efectiva fue de 4652 adultos mayores. La encuesta fue respondida personalmente por el propio encuestado. Si la persona se encontraba imposibilitada de responder por sí misma debido a problemas de tipo cognitivos (por ejemplo, Alzheimer u otro tipo de demencia) o problemas físicos severos, no se aplicó el cuestionario (Indec, 2014).

2. En el caso de México, se utilizó la Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México (Enasem) de 2015, que es la cuarta onda de un estudio longitudinal que comenzó en 2001. La Enasem tiene representatividad a nivel nacional, urbano y rural, y su diseño es muestral polietápico y de seguimiento. El total de la muestra de 2015 fue de 17.986 personas, de las cuales 17.170 provenían de la muestra de seguimiento (Wong *et al.*, 2015).

Cabe resaltar que las prevalencias de discapacidades de una población, así como las composiciones en sus niveles de instrucción, van variando lentamente en el tiempo y, por tanto, es de esperar que la diferencia de tres años entre la encuesta de Argentina y la de México no sea un factor relevante para explicar las diferencias observadas entre los países.

3. Adicionalmente, para profundizar la comparación entre ambos países y para corregir la proporción de población que no respondió debido a problemas cognitivos en Argentina, se utilizaron los microdatos del estudio Salud, Bienestar y Envejecimiento en América Latina y el Caribe (SABE) (Peláez *et al.*, 2004). El SABE fue una encuesta de corte transversal realizada en el año 2000 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) y recoge información representativa de la población de sesenta años y más en esos países. El diseño de la muestra fue complejo y muy similar en todos los países: polietápico por conglomerados con tres etapas de selección. La muestra total (de las siete ciudades conjuntamente) es de 11.231 observaciones, mientras que la de Buenos Aires es de 1043 y la de México, 1876.

De acuerdo a estimaciones basadas en los microdatos del SABE en su conjunto, casi un 5% de las personas de sesenta años y más tiene problemas cognitivos y no pudo responder la encuesta (todas ellas tenían a su vez alguna discapacidad en ABVD). Por su parte, de acuerdo a los datos del Censo Nacional de Población y Viviendas realizado en Argentina en 2010, la proporción de personas mayores con problemas para entender o aprender es de 4,6% (Indec, 2010).

Mientras que las encuestas SABE y Enasem utilizan protocolos de preguntas casi idénticos —«Debido a un problema de salud ¿Usted tiene dificultad para...? No incluya dificultades que cree que durarán menos de tres meses»—, la Encaviam utiliza la siguiente pregunta: «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 tres meses». Es decir que la Encaviam capta de forma directa la situación de necesidad de ayuda (dependencia), mientras que el SABE y la Enasem, la condición de discapacidad (que incide en la necesidad de ayuda, aunque la relación no sea exacta). Dado que en ambos casos subyace la condición de *problema de salud*, y que hay personas que presentan alguna dificultad pero aun así pueden no necesitar ayuda, cabe esperar que las prevalencias basadas en los

protocolos del SABE y de la Enasem arrojen resultados sistemáticamente más elevados que los de la Encaviam.

Metodología

La capacidad funcional de las personas de sesenta años y más de Argentina y México se aproximó a partir del autorreporte 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 socioeconómica se aproximó con el nivel de instrucción alcanzado. Se creó una variable dicotómica con dos categorías de instrucción: *alta* y *baja*, donde el punto de corte era tener siete años de instrucción formal, lo que equivaldría a haber completado la educación formal básica o primaria tanto en Argentina como en México. Las personas con siete años de instrucción o menos fueron clasificadas dentro del grupo de baja instrucción, mientras que aquellas con más de siete años se consideraron en el grupo de instrucción alta.

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 en las capitales de los países.

Dado que la encuesta para 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 pueden responder por problemas cognitivos (prueba minimal) que permite obtener la información referida a ellos a partir de las respuestas que brinda un informante auxiliar. Sobre la base de los microdatos del estudio SABE se estimó la proporción de las personas que no pueden 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 el SABE —la proporción de las personas mayores que no pueden responder— es extrapolable al caso de Argentina.

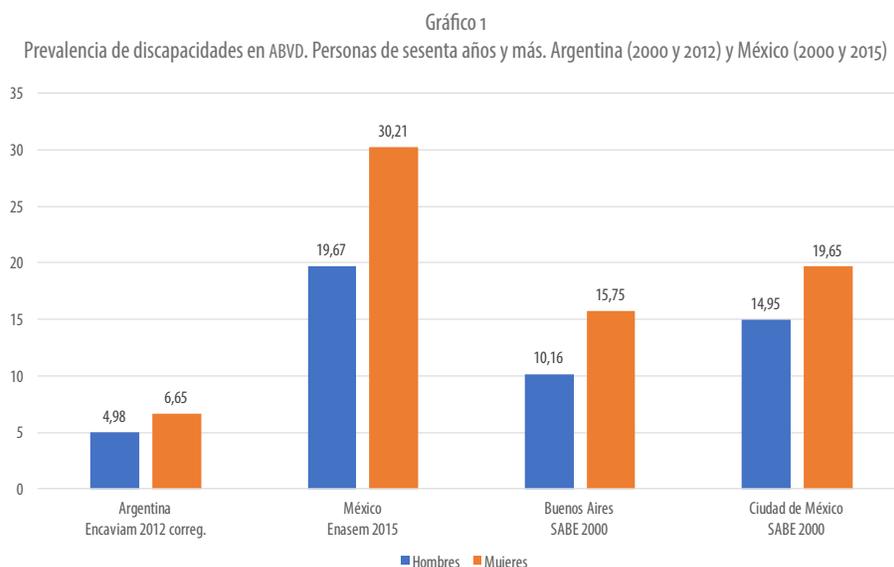
Una vez hechas las correcciones, se compararon las prevalencias anteriores entre los dos países con el fin de analizar qué tan cercanas o diferentes son en términos de los niveles y de los patrones por edad, sexo e instrucción. Para asegurar la comparabilidad con las prevalencias en otros países, se consideró solo la población de 65 años y más.

Para evaluar el posible efecto de las diferencias en la 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 (para lo que se utilizó 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 buscó responder el siguiente interrogante: ¿Cuánto de la diferencia en las prevalencias de discapacidades en ABVD observadas entre Argentina y México obedece a las diferencias de composición socioeconómica de las dos poblaciones?

Resultados

El gráfico 1 muestra la prevalencia de discapacidades en ABVD entre las personas de sesenta años y más en Argentina y México. Se observan prevalencias mayores entre las mujeres que entre los hombres en todos los casos y también valores superiores para México y Ciudad de México 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 (representativo de las grandes ciudades solamente).



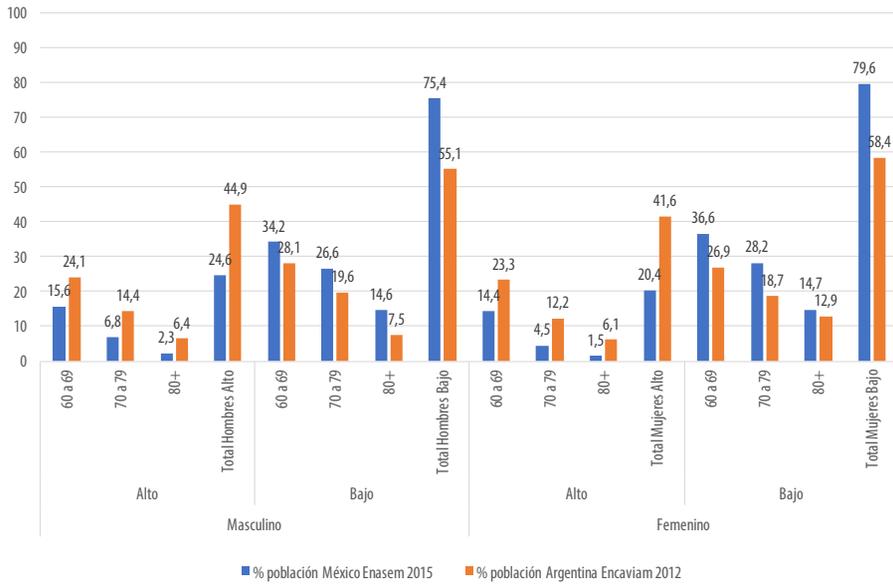
Nota: La corrección de las estimaciones para Argentina sobre la base de la Encaviam consiste en incorporar la prevalencia de discapacidades en ABVD de las personas excluidas por no responder de acuerdo a lo estimado usando SABE.

Fuente: elaboración propia a partir de la Encaviam (Argentina, 2012), la Enasem (México, 2015) y el SABE (2000)

Los gráficos 2a y 2b muestran las distribuciones de las poblaciones (totales) de Argentina-México y Buenos Aires-Ciudad de México 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 Ciudad de México) tanto en hombres como en mujeres.

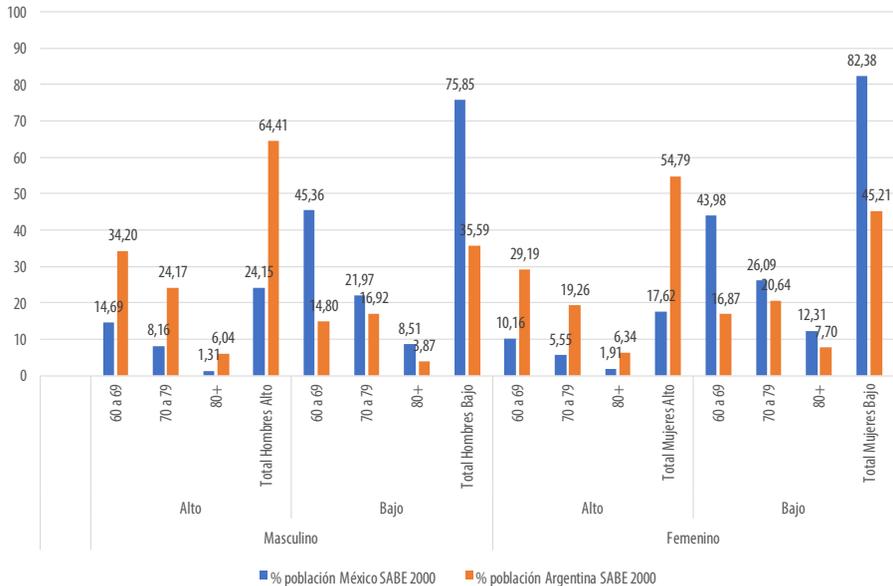
Además, cabe resaltar que las diferencias son más acentuadas en el caso de la comparación entre Buenos Aires y Ciudad de México (basadas en el SABE de 2000), respecto a las observadas entre Argentina en 2012 y México en 2015 (basadas en las encuestas a nivel nacional de los dos países), lo cual además de sugerir perfiles socioeconómicos 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 (del gráfico 1) no obedecerían a mayores diferencias en la composición socioeconómica a nivel de las poblaciones totales de los dos países, respecto a lo observado en las capitales.

Gráfico 2a
Población de Argentina y México de sesenta años y más. Distribución por grupo de edad y nivel de instrucción. Hombres y mujeres. Encaviam (2012) y Enasem (2015)



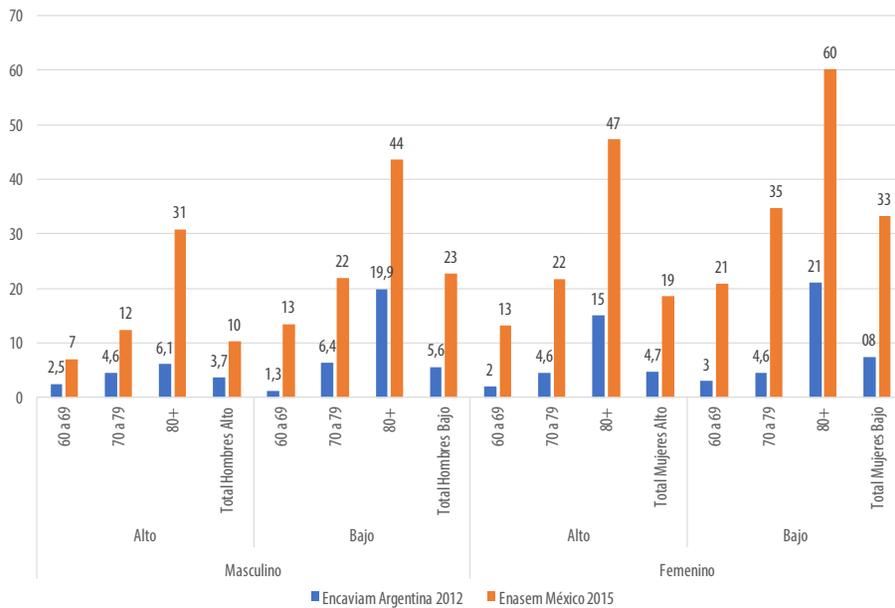
Fuente: elaboración propia a partir de la Encaviam (Argentina, 2012) y Enasem (México, 2015)

Gráfico 2b
Población de Argentina y México de sesenta años y más. Distribución por grupo de edad y nivel de instrucción. Hombres y mujeres. SABE (2000)



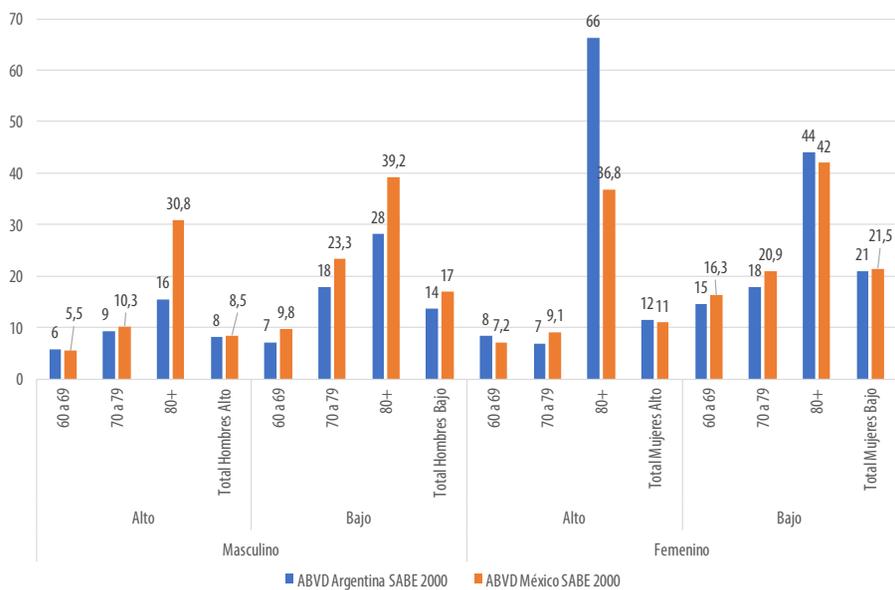
Fuente: elaboración propia a partir del SABE (2000)

Gráfico 3a
Prevalencias de discapacidad en ABVD en Argentina y México. Distribución por grupo de edad y nivel de instrucción. Hombres y mujeres. Encaviam (2012) y Enasem (2015)



Fuente: elaboración propia a partir de la Encaviam (Argentina, 2012) y la Enasem (México, 2015)

Gráfico 3b
Prevalencias de discapacidad en ABVD en Argentina y México. Distribución por grupo de edad y nivel de instrucción. Hombres y mujeres. SABE (2000)



Fuente: elaboración propia a partir del SABE (2000)

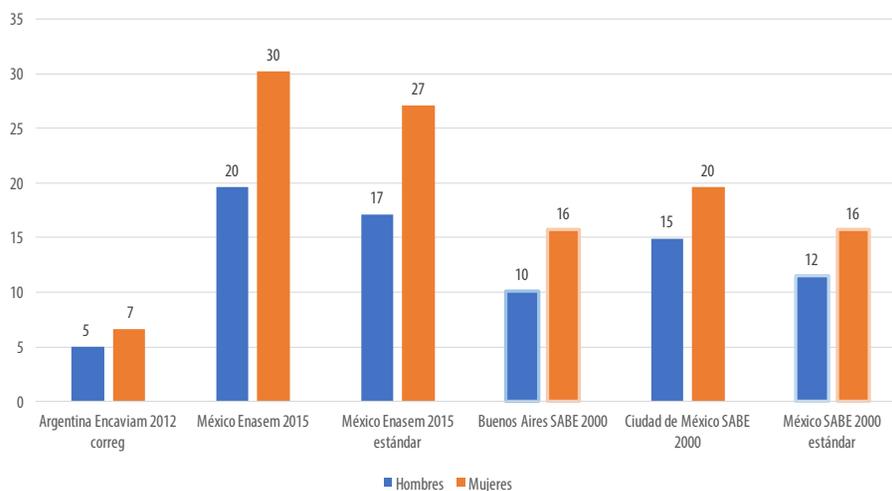
Los gráficos 3a y 3b muestran las prevalencias para los totales nacionales (3a) y las capitales de los países (3b) por sexo, grupo de edad y nivel de instrucción. Dichos gráficos muestran mayores diferencias al comparar los resultados nacionales respecto a hacerlo con las dos grandes ciudades.

El gráfico 4 muestra las prevalencias de discapacidad para Argentina y Buenos Aires y para México y Ciudad de México, 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 pudieron responder —según se explica en la sección «Metodología»—, 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 arroja el resultado lógico de reducir las diferencias entre los dos países —si se asume la misma estructura por nivel de instrucción en las dos poblaciones—, el efecto sería mucho mayor en el caso de los resultados a nivel de las ciudades capitales —respecto a los totales nacionales—. En detalle:

- 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 entre las mujeres, resultado que surge de estimar el cambio en las diferencias de las prevalencias con y sin estandarización.
- b. el mismo ejercicio contrafactual 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 Ciudad de México y de Buenos Aires y el total de las diferencias en las prevalencias entre las mujeres.

Gráfico 4
Prevalencias de discapacidad en ABVD Argentina 2000 y 2012 y México 2000 y 2015, estandarizadas.
Distribución por grupo de edad y nivel de instrucción. Hombres y mujeres



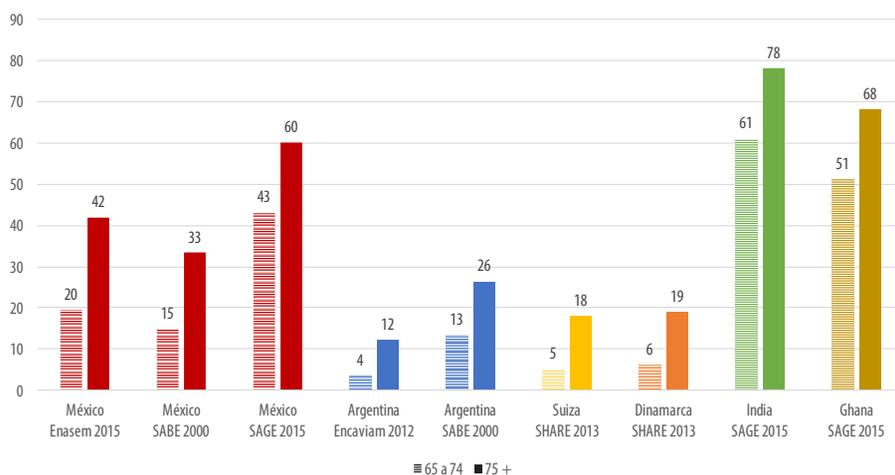
Nota: la estandarización de las prevalencias de México se realiza asumiendo la composición por nivel de instrucción de hombres y mujeres observada en Argentina (Encaviam) y Buenos Aires (SABE), respectivamente.

Fuente: elaboración propia a partir de la Encaviam (Argentina, 2012), la Enasem (México, 2015) y el SABE (2000)

Por último, el gráfico 5 busca evaluar el comportamiento de las prevalencias de Argentina y México en el contexto internacional a partir de su comparación 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 su nivel entre los países y una alta correlación entre dichas prevalencias y los niveles de los ingresos de estos: 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 de información, y en este sentido las mediciones y comparaciones basadas en diferentes fuentes deben ser interpretadas con cautela. En la sección «Discusión y conclusiones» se analizará con más detalle este punto.

Gráfico 5
Prevalencias de discapacidad en ABVD en Argentina 2012, México 2015, Suiza 2013, Dinamarca 2013, India 2015 y Ghana 2015.
Hombres y mujeres de 65 a 74 años



Fuente: elaboración propia a partir de la Encaviam (Argentina, 2012), la Enasem (México, 2012), el SABE (2000) y la OMS (2015)

Discusión y conclusiones

Los resultados de este estudio indican que la prevalencia de discapacidades en ABVD entre la población de sesenta años y más es mayor en México que en Argentina, tanto entre hombres como entre las mujeres. Es notable que las prevalencias de discapacidad sean mayores cuanto menor es el nivel de desarrollo socioeconómico, como en el caso de India y de Ghana. Los países de ingresos altos como Suiza y Dinamarca tienen menores prevalencias de discapacidad que los países de ingresos medios y bajos. Si bien existen importantes diferencias en los niveles de las prevalencias estimadas según la fuente que se utiliza en cada país, las conclusiones en términos de las comparaciones de los dos países se mantienen para todas las fuentes.

En cuanto a las razones de estas fuertes diferencias, cabe destacar la mejor nutrición y los entornos más propicios en los contextos de ingresos altos durante la infancia, que permiten alcanzar un mayor nivel máximo de capacidad intrínseca, mientras que una mayor exposición a factores de estrés y cargas más altas de morbilidad en los países de ingresos bajos y medianos pueden producir un deterioro más rápido con la edad (OMS, 2015). Este señalamiento es reforzado por un estudio reciente para América Latina, donde se observa que los países de menores ingresos presentan un mayor rezago epidemiológico que se refleja en la discapacidad de la población (Vásquez, 2006).

En el presente estudio, utilizando el nivel de instrucción alcanzado para aproximar la composición socioeconómica de las personas mayores de los dos países, se observa que el colectivo de personas mayores de Argentina (2012) y de Buenos Aires (2000) presentaría una mejor situación relativa respecto a lo observado en México (2015) y en Ciudad de México (2000), respectivamente: de acuerdo a las tres fuentes analizadas, el colectivo de personas mayores de Argentina y de Buenos Aires muestra una mayor proporción de personas en el grupo de instrucción relativamente más elevado respecto a lo observado en México y Ciudad de México, respectivamente. Este resultado se mantiene tanto entre los hombres como entre las mujeres.

Por otra parte, al analizar las prevalencias de discapacidades según nivel de instrucción y por subgrupo 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 al menos 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 sesenta 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 ABVD y el nivel socioeconómico (Hosseinport *et al.*, 2013; Hosseinport *et al.*, 2016; 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 a esta cuestión se hizo 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 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 las fuentes de comparación utilizadas: mientras que de acuerdo a las comparaciones basadas en la Encaviam de 2012 para Argentina y la Enasem de 2015 para México, 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 el SABE del año 2000 sugieren que estas diferencias en composición socioeconómica explicarían el 100% de la diferencia entre las mujeres y el 70% de la diferencia entre los hombres, en ambos países.

Dadas estas diferencias en los resultados según las fuentes, ¿qué comparación sería la que mejor refleje las causas de las diferencias en los niveles de las prevalencias entre los dos países? Por un lado, debe resaltarse que las distintas fuentes difieren en los grupos objeto de estudio y ello de por sí es un factor que podría explicar las diferencias en las conclusiones. En

este sentido, las diferencias de resultados podrían obedecer al hecho de que las poblaciones de Argentina y México (total país) son más heterogéneas que las poblaciones de Buenos Aires y Ciudad de México, específicamente. Sin embargo, cuando se comparan las distribuciones por edad, sexo y nivel de instrucción entre México y Argentina, con las de Buenos Aires y Ciudad de México, es posible notar menores diferencias en los totales nacionales. Más allá de esto, puede haber mayores heterogeneidades a nivel nacional respecto a las capitales en aspectos que no se captan con las distribuciones de las poblaciones por edad, sexo y nivel de instrucción, pero que sí afectan el reporte de discapacidad en ABVD, como por ejemplo aspectos contextuales. No obstante, las diferencias contextuales —como 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 AIVD que en ABVD.

Otra posible razón 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 al SABE de Argentina y al de México. De hecho, el SABE utilizó diseños muestrales similares en aspectos clave como el tratamiento de los casos en los que la persona seleccionada no podía responder por problemas cognitivos o físicos (en cuyo caso no se lo excluía, sino que se buscaba un *proxy* para responder) y los 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 Enasem, basada en los mismos protocolos de origen que la encuesta SABE (la HRS de Estados Unidos), utiliza una pregunta 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...?» y 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 sus particularidades 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 decretar su exclusión de la muestra.
2. El foco en la necesidad de ayuda y no en la dificultad para la realización de las 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 tres meses...» y las actividades son las mismas que en el caso del SABE y de 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 el SABE. Sin embargo, cuando se analiza a cuánto podría ascender esta fuente de subestimación, se observa que esta, por sí sola, no permite explicar este resultado.

El aspecto que más podría estar incidiendo en el mayor diferencial observado al utilizar esta encuesta sería el foco en la *necesidad de ayuda* en lugar 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.

Por último, pero no por ello menos importante, para evaluar la calidad de las comparaciones basadas en los resultados de las encuestas utilizadas también se buscó analizar en qué medida las muestras de las tres fuentes (Encaviam, Enasem y SABE) reflejan apropiadamente las composiciones por nivel de instrucción de las poblaciones bajo análisis.

Para ello se compararon las distribuciones por nivel de instrucción de cada una de las encuestas con los datos censales más cercanos a dichas encuestas en cada país. Primero, se estimó la distribución para las dos categorías de nivel de instrucción baja (con primaria completa o menos) y alta (más de primaria completa) con los datos de los censos y proyecciones de población de Argentina y México (los más cercanos a las encuestas a nivel nacional de los dos países), para hombres y mujeres por separado, y se comparó con la distribución extrapolada a la población que surge de dichas encuestas: la Encaviam de Argentina y la Enasem de México. Los resultados de la comparación muestran que la Enasem de México refleja mejor la verdadera composición por nivel de instrucción entre los hombres y las mujeres de sesenta años y más que la Encaviam para Argentina (donde la verdadera distribución sería la de los censos): mientras que la distribución de la Enasem es casi idéntica a la observada con las proyecciones oficiales, la Encaviam subestima en un 10% la proporción de la población con educación baja. Más allá de ello, al comparar las distribuciones de los dos países basadas exclusivamente en las proyecciones oficiales, se sigue observando una mejor situación relativa de la población argentina. En segundo lugar, se hizo el mismo ejercicio con los censos de 2001 en Argentina y de 2000 en México, tomando los resultados para el Gran Buenos Aires y Ciudad de México, respectivamente y se compararon con las distribuciones de la población por nivel de instrucción del SABE en Buenos Aires y del SABE en Ciudad de México. En este caso, las distribuciones de ambos países fueron muy similares a las resultantes de los censos respectivos.

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 socioeconómicos 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, en este trabajo se ha observado diferencias entre los países/ciudades, así como a su interior, asociadas a las 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, donde la encuesta realizada a nivel nacional no sigue los protocolos de preguntas que se están utilizando a nivel internacional y la muestra excluye parte de la población objeto de estudio (los que no pueden responder el cuestionario).

Referencias bibliográficas

- ACOSTA, L. D. 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*, Buenos Aires: Ilustrada.
- BECCARIA, L. y GROISMAN, F. (2005), *Educación y distribución del ingreso. Debates de la SITEAL*, Buenos Aires: Siteal, en <http://www.siteal.iipe.unesco.org/sites/default/files/siteal_debate_3_beccaria_groisman_articulo.pdf>, acceso: 5/7/2018.
- BECKER, G. (1964), *Human Capital: A Theoretical and Empirical Analysis, with Special Reference to Education*, Nueva York: Columbia University Press.
- CONSEJO DE EUROPA (1998), *Condición de dependencia*, en <http://www.crediscapacidadydependencia.es/cresanandres_01/aut_dep/discapacidad_dependencia/index.htm>, acceso: 29/7/2018.
- GONZÁLEZ, F. M.; MASSAD, C. T.; LAVANDEROS, F. C.; ALBALA, C. B.; SÁNCHEZ, H. R.; FUENTES, A. G.; LERA, L. M.; CEA, X. N. y SALAS, F. S. (s/f), *Estudio nacional de la dependencia en las personas mayores*, Santiago de Chile: Gobierno de Chile, en <<https://es.scribd.com/document/177298556/Estudio-Nacional-de-Dependencia-en-Las-Personas-Mayores>>, acceso: 12/7/2018.
- HOSSEINPORT, A. R.; STEWART WILLIAMS, J. A.; GAUTMAN, J.; POSARAC, A.; OFFICER, A.; VERDES, E.; KOSTANJSEK, N. y CHATTERJI, S. (2013), «Socioeconomic Inequality and Disability Among Adults: a Multicountry Study Using the World Health Survey», en *Am J Public Health*, vol. 103, n.º 7, pp. 1278-1286.
- HOSSEINPORT, A. R.; BERGEN, N.; KOSTANJSEK, N.; KOWAL, P.; OFFICER, A. y CHATTERJI, S. (2016), «Socio-demographic Patterns of Disability Among Older Adults Populations of Low Income and Middle Income Countries: Results from World Health Survey», en *Int J Public Health*, vol. 61, pp. 337-345.
- HUENCHUAN, S. (2009), *Envejecimiento, derechos humanos y políticas públicas*, Santiago de Chile: Cepal, en <<https://www.cepal.org/es/publicaciones/2538-envejecimiento-derechos-humanos-politicas-publicas>>, acceso: 14/7/2018.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS Y CENSOS (Indec) (2010), *Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010*, procesado con Redatam +Sp, en <https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/poblacion/censo2010_tom01.pdf>, acceso: 28/7/2018.
- (2014), *Encuesta nacional sobre calidad de vida de adultos mayores 2012. Documento para la utilización de la base de datos usuario*, Buenos Aires: Indec.
- INSTITUTO NACIONAL PARA LA EVALUACIÓN DE LA EDUCACIÓN (INEE) (2009), *Salario relativo por hora de los trabajadores según nivel de escolaridad*, Ciudad de México: INEE, en <http://www.inee.edu.mx/bie/mapa_indica/2010/PanoramaEducativoDeMexico/RE/RE02/2010_RE02_c-vinculo.pdf>, acceso: 16/6/2018.
- LOZANO, R.; GÓMEZ-DANTÉS, H.; GARRIDO-LATORRE, F. *et al.* (2013), «La carga de enfermedad, lesiones, factores de riesgo y desafíos para el sistema de salud en México», en *Salud Pública de México*, vol. 55, n.º 6, pp. 580-594, en <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013001000007&lng=es&tlng=pt>, acceso: 31/5/2016.
- MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN (2015), *Tercera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para Enfermedades no transmisibles*, Buenos Aires: MSN-Indec, en: <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/000000544cnt-2015_09_04_encuesta_nacional_factores_riesgo.pdf>, acceso: 28/7/2018.
- MCDOWELL, I. (2006), *Measuring Health: A Guide to Rating Scales and Questionnaires*, Nueva York: Oxford University Press.

- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) (2015), *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*, Ginebra: OMS, en <http://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/es/>, acceso: 8/2/2017.
- PELAÉZ, 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*, Washington: OPS-OMS.
- POPE, A. y TARLOW A. (1991), *Disability in America: Toward a National Agenda for Prevention*. Washington: The National Academy Press, en: <https://www.nap.edu/catalog/1579/disability-in-america-toward-a-national-agenda-for-prevention>, acceso: 14/7/2018.
- SALVADOR-CARULLA, L. A.; CANO SÁNCHEZ, A. y CABO SOLER, J. R. (2004), *Longevidad. Tratado integral sobre salud en la segunda mitad de la vida*, Buenos Aires-Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- TURNER BARRAGÁN, E. (2011), «Desarrollo y pobreza en México, Argentina, Brasil, y Chile», en *POLIS. Revista Latinoamericana*, en <https://journals.openedition.org/polis/1973#quotation>, acceso: 14/7/2018.
- URROZ GUTIÉRREZ, J. M. y SALGADO-TORRES, M. (2013), *La relación entre la educación e ingresos: Estimación de las diferencias salariales por nivel educativo alcanzado*, Managua: Universidad Centroamericana-Nicaragua Especialista Regional en Monitoreo y Evaluación de Fundación Zamora Terán.
- VÁSQUEZ, A. (2006), «La discapacidad en América Latina», en *Discapacidad: Lo que todos debemos saber*, Publicación Científica y Técnica, 616, Washington: OPS, en <http://iris.paho.org/xmliui/handle/123456789/719>, acceso: 24/7/2018.
- WONG, R.; PALLONI, A.; GUTIÉRREZ, L. M. y TÉLLEZ-ROJO, M. M. (2015), *Estudio nacional de salud y envejecimiento en México. Años 2001, 2003, 2012, 2015*, Texas: University of Texas Medical Branch, en: http://enasem.org/index_Esp.aspx, acceso: 15/3/2017.