

Envejecimiento Poblacional en América Latina: Prevalencia de Discapacidades y sus Determinantes

Carácter de la ponencia: Avance de investigación en curso

Grupo de trabajo: GT19: Salud y Seguridad Social: Transformaciones Sociales e Impactos en la Población

Malena Monteverde¹

Andrés Peranovich¹

Ana Zepeda¹

¹ Centro de Investigaciones y Estudios sobre Cultura y Sociedad (CIECS)-CONICET, Universidad Nacional de Córdoba, Argentina.

Resumen

Las particularidades y el contexto en el que se produce el envejecimiento poblacional afectarían al riesgo de padecimiento de discapacidades. El objetivo del estudio analizar la prevalencia de discapacidades en Actividades de la Vida Diaria (AVD) en Buenos Aires comparado con otras poblaciones de América Latina y analizar los factores que inciden en dichas prevalencias. Consistentemente con el menor reporte de discapacidades en AVD, las poblaciones de Buenos Aires y Montevideo son las que reportarían menores prevalencias de un subconjunto de condiciones crónicas y de condiciones tempranas (durante los primeros 15 años de vida). Ello sugiere que las diferencias de auto-reporte de discapacidades en AVD podrían deberse en gran parte a diferencias en los perfiles de morbilidad de las poblaciones.

Palabras clave: Envejecimiento poblacional, Discapacidades, Determinantes

I. Introducción

El envejecimiento poblacional es un fenómeno que está ocurriendo a nivel mundial, aunque con marcadas diferencias en los niveles, la velocidad, los determinantes y el contexto socio-económico e institucional de los diferentes países. Las particularidades y el contexto (perfil de morbilidad, nivel de educación, contexto institucional, etc.) en el que se produce el envejecimiento poblacional afectaría al riesgo de padecimiento de discapacidades y, por tanto, impactarían en la prevalencia de discapacidades observadas en las diferentes poblaciones. En este contexto, resulta de gran interés el estudio de la prevalencia de discapacidades y de sus determinantes en los países de América Latina. Por lo tanto, el objetivo general del artículo es realizar un análisis de la prevalencia de discapacidades en actividades de la vida diaria (AVD), entre la población de 60 años y más de Argentina comparado con otros países de América Latina, y analizar los factores que inciden en dichas prevalencias y que puedan explicar las diferencias observadas entre países.

II. Material y Métodos

La principal fuente de información para el estudio es la Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento, SABE (Pelaez et al. 2004), realizado en el año 2000 y que brinda información

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

Para el presente estudio se seleccionaron seis de las siete poblaciones del estudio SABE: Buenos Aires, Santiago de Chile, Sao Pablo, Ciudad de México, Montevideo y La Habana.

La metodología para el análisis de prevalencias y de sus determinantes consiste en estimar y comparar las prevalencias de discapacidades en AVD por grupos de edad y sexo para las seis poblaciones y evaluar los factores de riesgo que explicarían las diferencias en la prevalencia de discapacidades observada entre países.

III. Resultados

Prevalencia de discapacidades en AVD

A continuación, en el cuadro 1, se presenta una comparación de las prevalencias autoreportadas de discapacidades en AVD por grupos de edad para las poblaciones objeto de estudio, para ambos sexos conjuntamente. Se puede observar que la población de 60 años y más de Buenos Aires reporta menor prevalencia de discapacidades en AVD (17.36% de la población de ese grupo de edad), seguida de Montevideo (17.42%) y La Habana (19.04%), mientras que San Pablo (19.28%), México (19.40%) y Santiago de Chile (22%) presentan las mayores prevalencias (Cuadro 1).

Cuadro 1: Prevalencia de Discapacidades en Actividades de la Vida Diaria (AVD). Año 2000. Población de 60 años o más. Ambos sexos

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

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

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

Factores de riesgo

Para evaluar qué factores mencionados en la literatura están correlacionados con el auto-reporte de discapacidades en AVD en las poblaciones bajo estudio, se estima un modelo logístico cuya variable dependiente es la probabilidad de reportar al menos una dificultad para la realización de AVD.

La selección de los factores se basa en los hallazgos de otros estudios que muestran que la presencia de discapacidades está inversamente relacionado con el nivel de educación (Hayward, Crimmins, Miles & Yang, 2000) y es mayor entre las mujeres (Guralnik, Leveille, Hirsch, Ferrucci & 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 todos factores que incrementan el riesgo de padecer discapacidades en edades adultas (Monteverde, Norohma & 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 incrementaría el riesgo de padecer enfermedades crónicas y discapacidades a edades adultas (Monteverde et al., 2008; Palloni, Mceniry, Davila, & Gurucharri, 2005; Couzin, 2002; Barker, 1998; Elo and Preston, 1992), y dichos efectos persistirían después de controlar por las condiciones socio-económicas actuales de las personas (Monteverde et al., 2008; Kuh, et al., 2006; Guralnik et al., 2006).

A continuación, 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. Para ello se utiliza una base para las seis poblaciones conjuntamente a nivel de individuos.

Las variables independientes incluidas son: la edad y el sexo, los años de educación formal, si la persona no pasa el test de funcionamiento cognitivo (minimal), una serie de enfermedades crónicas autoreportadas y condiciones socio-económicas y de salud durante la infancia (desde el nacimiento hasta los 15 años de edad).

Si bien las enfermedades crónicas incluías también son autoreportadas, la pregunta incluye que la misma haya sido diagnosticada por un médico y, por tanto, de haber sesgos se deberían a otras causas diferentes a las relacionadas con diferencias de auto-percepción como puede ser en el caso de los auto-reportes de discapacidades.

Las condiciones socio-económicas y de salud tempranas (hasta los 15 años), se resumen en tres variables dicotómicas. La primera indica si la situación económica de la familia era pobre (con categorías de referencia regular o buena), la segunda si la salud era mala (con categorías de referencia buena o excelente) y la tercera si padeció al menos una de las siguientes enfermedades: Nefritis, Hepatitis, Tuberculosis, Fiebre Reumática, Asma o Bronquitis Crónica.

Todas las variables incluidas resultaron ser estadísticamente significativas y en la dirección esperada. Específicamente se observa que: la probabilidad de reportar una discapacidad en AVD aumenta con la edad; es 28% mayor entre las mujeres; menor cuando la educación del individuo es mayor. Además, entre las personas con diagnóstico de: hipertensión, diabetes, algún tipo de cáncer, alguna enfermedad pulmonar o enfermedades del corazón, la prevalencia es mayor (26%, 30%, 75%, 42% y 52% respectivamente). También es muy superior en personas que padecen: enfermedad cerebrovascular, osteoarticular o que no pasaron el test cognitivo Minimal (146%, 111% y 103% respectivamente). Por su parte, las personas que sufrieron pobres condiciones socio-económicas durante la infancia, mala salud o enfermedades graves, presentan probabilidades de reportar alguna discapacidad en AVD un 27%, 38% y 30% superiores, respectivamente.

Cuadro 2: Estimación Logística de la Probabilidad de presentar al menos una Discapacidad en AVD. Población de 60 años o más de Buenos Aires, Montevideo, La Habana, Ciudad de México, San Pablo y Santiago de Chile.

Discapacidad AVD	OR	SE	z	P>z
Edad	1.04	0.00	11.77	0.00
Sexo	1.28	0.08	4.01	0.00
Años de educación	0.95	0.01	-6.46	0.00
Hipertensión	1.26	0.08	3.77	0.00
Diabetes	1.30	0.10	3.39	0.00
Cáncer	1.75	0.23	4.24	0.00
Enfermedad pulmonar	1.42	0.12	4.07	0.00
Enfermedad del corazón	1.52	0.10	6.18	0.00
Enfermedad cerebro-vascular	2.46	0.26	8.68	0.00
Enfermedad oseo-articular	2.11	0.13	12.40	0.00
Problema cognitivo	2.03	0.21	7.00	0.00
Condición temprana: Socio-económica				
Pobre	1.27	0.08	3.65	0.00
Condición temprana: Salud Mala	1.38	0.18	2.54	0.01
Condición temprana: Enfermedad	1.30	0.12	2.94	0.00

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

Prevalencia de factores de riesgo

A continuación, en el Cuadro 3, se comparan las prevalencias de las condiciones crónicas más correlacionadas con la probabilidad de autoreporte de discapacidades, entre los países.

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

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

Cuadro 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.

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

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

En términos de condiciones tempranas la comparación entre países muestra que Buenos Aires, Santiago y Montevideo serían las poblaciones con menores prevalencias de condición socio-económica pobre de la familia durante los primeros quince años de vida; Buenos Aires y Montevideo presentan las prevalencias más bajas en términos de mala salud temprana y Santiago y México son las poblaciones con menores prevalencias de enfermedades durante la infancia.

Cuadro 4: Condición Temprana Socio-Económica Pobre, Mala Salud o Padecimiento de Enfermedades Importantes. Condiciones hasta los 15 años de edad. Población de 60 años o más de Buenos Aires, Montevideo, San Pablo y Santiago de Chile, La Habana y México.

Mala Condición Temprana	Socio-Económica	Salud	Enfermedades
Buenos Aires	16.82	3.29	10.92
San Pablo	29.88	5.90	10.38
Santiago	21.27	7.00	8.25
La Habana	30.93	4.79	15.75
México DF	30.77	4.19	8.19
Montevideo	22.45	3.69	11.19

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

IV. Discusión

Los resultados preliminares de este estudio muestran que las poblaciones de 60 años y más de Buenos Aires y Montevideo son las que reportan menores dificultades para la realización de AVD. Por otra parte, se observa una alta correlación entre una serie de condiciones crónicas reportadas por las personas mayores y de condiciones socio-económicas y de salud experimentadas durante los primeros 15 años de vida de este grupo de personas, con la probabilidad de experimentar discapacidades en AVD. Consistentemente con el menor reporte de discapacidades en AVD, las poblaciones de Buenos Aires y Montevideo son las que reportarían menores prevalencias de un subconjunto de las condiciones analizadas. Ello sugiere que las diferencias de auto-reporte de discapacidades en AVD podrían deberse en gran parte a diferencias en los perfiles de morbilidad de las poblaciones. Sin embargo, lo anterior no descarta que además pueda existir una propensión diferente a auto-reportar dificultades en la realización de AVD entre las diferentes poblaciones, o diferencias en factores contextuales que también afectan la percepción de la dificultad. Sin embargo, de existir no parecen revertir el efecto que tienen las condiciones de salud. Por lo tanto, si bien los resultados de este estudio sugieren que, al menos en parte, las diferencias podrían deberse a diferencias de morbilidad, la comprensión del rol que juegan los otros factores sería de gran importancia a la hora de comparar prevalencias de discapacidades entre distintos grupos.

V. Agradecimientos

El presente estudio cuenta con el apoyo de la SECyT a través del Proyecto de Investigación (tipo B) “Discapacidad y Factores de Riesgo de las Personas Mayores en Argentina y en América Latina”.

VI. Bibliografía

Barker, D.J.P. (1998). Mothers, babies and health in later life. Second Edition. London: Churchill-Livingston.

Casado-Marín, D. y López-Casasnovas, G. (2001). Vejez, dependencia y cuidados de larga duración Situación actual y perspectivas de futuro. Colección Estudios Sociales, Núm. 6, Fundación "la Caixa".

Chou, K.L. and Leung, J.C.B. (2008). Disability Trends in Hong Kong Community-Dwelling Chinese Older Adults: 1996, 2000, and 2004. *Journal of Aging and Health* vol. 21, 266-285.

Comas-Herrera, A., Costa-Font, J., Gori, C., Di Maio, A., Patxot, C., Pickard, L., Pozzi, A., Rothgang, H. and Wittenberg, R. (2003). European Study of Long-Term Care Expenditure: Investigating the sensitivity of projections of future long-term care expenditure in Germany, Spain, Italy and United Kingdom to changes in assumptions about demography, dependency, informal care, formal care and unit costs. PSSRU Discussion Paper 1840. Adelina Comas-Herrera and Raphael Wittenberg editors. PSSRU, LSE Health and Social Care, London School of Economics.

Couzin, J. (2002). Quirks of fetal environment felt decades later. *Science* vol. 296, num. 5576: 2167-2169.

Elo I. & Preston S.H. (1992). Effects of Early-Life Conditions on Adult Mortality: A Review. *Population Index* vol. 8, num. 2:186-212.

Fried, L.P., Bandeen-Roche, K., Kasper, J.D. and Guralnik, J.M. (1999). Association of Comorbidity with Disability in Older Women: The Women's Health and Aging Study. *Journal of Clinical Epidemiology* vol. 52, num 1: 27-37.

Fries, J.F. (1980). Aging, Natural Death and the Compression of Morbidity. *The New England Journal of Medicine*, vol. 303: 130-135.

Fries, J.F. (2003). Measuring and Monitoring Success in Compressing Morbidity. *Ann Intern Med* vol. 139, num 2: 455-459.

Gruenberg, E.M. (1977). The Failures of Success. *Milbank Memorial Fund Quarterly/Health and Society* vol. 55, num 1: 3-24.

Guralnik, J.M., Leveille, S.G., Hirsch, R., Ferrucci, L., Fried, LP. (1997). The Impact of Disability in Older Women. *Journal of the American Medical Women Association* vol. 52, num 3: 113-120.

Guralnik, J.M., Butterworth, S., Wadsworth, M.E.J. and Kuh, D. (2006). Childhood Socioeconomic Status Predicts Physical Functioning a Half Century Later. *Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences* vol. 61, num 7: 694-701.

Hayward, M.D., Crimmins, E.M., Miles, T.P. and Yang, Y. (2000). The Significance of Socioeconomic Status in Explaining the Racial Gap in Chronic Health Conditions. *American Sociological Review* vol. 65: 910-930.

Krause, N., Lynch, J., Kaplan, G.A., Cohen, R.D., Goldberg D.E. and Salonen, J.T. (1997). Predictors of Disability. *Scandinavian Journal of Public Health* vol. 35, num. 1: 78-85.

Kuh, D., Hardy, R., Butterworth, S., Okell, L., Richards, M., Wadsworth, M., Cooper, C. and Sayer, A.A. (2006). Developmental origins of midlife physical performance: evidence from a British birth cohort. *American Journal of Epidemiology* vol. 164, num 2: 110-121.

Mayhew, L. (2000). Health and Elderly Care Expenditure in an Aging World. Research Reports RR-00-21, International Institute for Applied Systems Analysis, Laxenburg, Austria.

Monteverde, M. (2004). Discapacidades de las personas mayores en España: prevalencia, duraciones e impacto sobre los costes de cuidados de larga duración. Tesis Doctoral en Economía, Universidad de Barcelona. Publicada on-line en: <http://www.tdx.cesca.es/TDX-0520105-124037/>

Monteverde, M., Norohna, K. and Palloni, A. (2008). Effect of Early Conditions on Disability among Elderly in Latin-America and the Caribbean. *Population Studies*, Vol. 63, No. 1, pp. 21-35.

Murray, C.J.L. and Lopez, A.D. (1997). Regional patterns of disability-free life expectancy and disability-adjusted life expectancy: Global Burden of Disease Study. *The Lancet* vol. 349: 1347-1352.

Palloni, A., Mceniry, M., Davila, A.L. and Gurucharri, A.G. (2005). The influence of early conditions on health status among elderly Puerto Ricans. *Social Biology* vol. 52, num 3-4: 132-163.

Peláez, M., Palloni, A., Albala, C., Alfonso, J.C., Ham-Chande, R., Hennis, A., Lebrao, M.L., Leon-Diaz, E., Pantelides, E., Prats, O. (2004). SABE - Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento, 2000 [archivo electrónico]: Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) [productor y distribuidor].

Sagardui-Villamor, J., Guallar-Castillón, P., García-Ferruelo, M., Banegas, J.R. and Rodríguez-Artalejo, F. (2005). Trends in Disability and Disability-Free Life Expectancy Among Elderly People in Spain: 1986–1999. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* vol. 60, num 8:1028-1034.

Sohan, A.S., Ottenbacher, K.J., Markides, K.S., Kuo, Y.F., Eschbach, K. and Goodwin, J.S. (2007). The Effect of Obesity on Disability vs Mortality in Older Americans. *Arch Intern Med* 167: 774-780.

Verbrugge, L.M., Lepkowski, J.M. and Imanaka, Y. (1989). Comorbidity and its impact on disability. *The Milbank Quarterly* vol. 67, num 3/4: 450-484.