

Índice

Presentación	7
La medición de la esperanza de vida libre de limitaciones cognitivas y la esperanza de vida con limitaciones cognitivas en América Latina	11
<i>Nélida Redondo, Gilbert Brenes Camacho, Marcela Agudelo Botero, Carolina Guidotti, Dalia Romero, Moisés H. Sandoval</i>	
Teorías y medidas de convergencia demográfica: una aplicación a nivel subnacional en América Latina	37
<i>Gabriel Mendes Borges</i>	
Familias transnacionales de brasileños a principios del siglo XXI: aportes para el análisis y la medición	65
<i>Marden Campos</i>	
La fecundidad de las migrantes del Estado Plurinacional de Bolivia, el Paraguay y el Perú en el Área Metropolitana de Buenos Aires en la primera década del siglo XXI	91
<i>Javiera Fanta Garrido, Daniel Esteban Quiroga, Roberto Ariel Abeldaño</i>	
Niveles y tendencias de la fecundidad en niñas y adolescentes de 10 a 14 años en México y características de las menores y de los padres de sus hijos e hijas, a partir de las estadísticas vitales de nacimientos de 1990 a 2016	117
<i>Eloina Meneses, Mitzi Ramírez</i>	
Una metodología para estimar los femicidios en la Argentina a partir de las estadísticas vitales	153
<i>Jimena Kohan</i>	
Migración de retorno en el Paraguay: características e inserción sociolaboral	185
<i>Edith Arrúa, Sebastián Bruno</i>	
Transiciones demográficas, nuevas formas residenciales y segregación social: transformaciones recientes del espacio urbano de Bogotá	217
<i>Diva Marcela García García, Juan Antonio Módenes Cabrerizo</i>	
Segregación socioterritorial en la Región Metropolitana de Buenos Aires: análisis espacial intraurbano, características y evolución reciente, 2001-2010	251
<i>Albano Blas Vergara Parra</i>	
Dividendo demográfico y migración en El Salvador: ¿cuánto se ha perdido?	285
<i>Werner Peña, María Elena Rivera</i>	

Presentación

El número 106 de *Notas de Población* está conformado por 10 artículos, en cuya elaboración han participado 21 colaboradores, lo que denota el gran interés de las y los investigadores por contribuir a esta edición de la revista. Los artículos abordan, como es habitual, diversos temas de investigación, esta vez relacionados con la mortalidad, el transnacionalismo migratorio y la fecundidad de las migrantes, así como la fecundidad adolescente, el femicidio, la migración de retorno, la segregación en el espacio urbano y el dividendo demográfico. En suma, temas relevantes para los estudios de población y las políticas públicas.

En primer lugar, los autores Nélide Redondo, Gilbert Brenes Camacho, Marcela Agudelo Botero, Carolina A. Guidotti González, Dalia Romero y Moisés H. Sandoval, en su artículo “La medición de la esperanza de vida libre de limitaciones cognitivas y la esperanza de vida con limitaciones cognitivas en América Latina”, analizan la relación entre dichas limitaciones y los años de vida en seis países (Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica, México y Uruguay) a partir de los 60 años de edad, aplicando el método de Sullivan. Posteriormente, contrastan los resultados de las mediciones subjetivas con los de mediciones basadas en la aplicación de pruebas de deterioro cognitivo en dos de los países estudiados. Concluyen que existe una brecha entre las mediciones subjetivas y las objetivas, lo que podría indicar la subestimación del fenómeno cuando se utilizan las primeras.

Gabriel Mendes Borges, en su trabajo “Teorías y medidas de convergencia demográfica: una aplicación a nivel subnacional en América Latina”, explora un tema sobre el que los estudiosos del ámbito de la demografía han debatido ampliamente, si bien no han llegado a conclusiones inequívocas. El mismo término “convergencia” puede interpretarse de diversas maneras. En este artículo, se analizan algunos indicadores de mortalidad y fecundidad y se propone una nueva metodología para interpretar este fenómeno. El autor utiliza varias medidas de convergencia para estudiar el caso de los estados del Brasil y señala, en su examen de los datos, que la combinación de distintas medidas proporciona una descripción adecuada de los procesos analizados.

En el siguiente artículo, titulado “Familias transnacionales de brasileños a principios del siglo XXI: aportes para el análisis y la medición”, Marden Campos aborda el transnacionalismo desde un punto de vista tanto teórico como metodológico. El autor ofrece un marco conceptual para caracterizar las unidades familiares transnacionales, así como un análisis de las posibilidades y limitaciones de los datos del Censo de Población del Brasil de 2010 para la identificación y el estudio de las familias transnacionales. Los resultados del análisis revelan que, si bien la existencia de familias transnacionales es un fenómeno significativo en términos cuantitativos en algunas regiones del país, debido a la manera en que son recopilados, los datos no permiten caracterizar las relaciones familiares transnacionales entre los migrantes y sus familias. Así, el autor resalta la importancia de incorporar un enfoque familiar en el estudio de la migración internacional actual y la necesidad de realizar ajustes teóricos y metodológicos para dar cuenta de este hecho sociocultural.

Javiera Fanta, Daniel Esteban Quiroga y Ariel Abeldaño abordan el tema de la fecundidad de las migrantes en su trabajo titulado “La fecundidad de las migrantes del Estado Plurinacional de Bolivia, el Paraguay y el Perú en el Área Metropolitana de Buenos Aires en la primera década del siglo XXI”. Los autores se proponen determinar cuál ha sido la contribución de las inmigrantes bolivianas, paraguayas y peruanas a la fecundidad total de la zona en el período 2001-2010. Para ello, comparan indicadores de fecundidad de cohorte y de período entre mujeres inmigrantes y nativas, y observan que las mujeres inmigrantes presentan un mayor nivel de fecundidad, hecho asociado a un calendario reproductivo más temprano que el de las nativas. Con todo, el aporte de estas mujeres inmigrantes a la natalidad es más bien moderado, por lo que su contribución a la fecundidad total es estadísticamente irrelevante.

Continuando con el tema de la fecundidad, el artículo de Eloina Meneses y Mitzi Ramírez, “Niveles y tendencias de la fecundidad en niñas y adolescentes de 10 a 14 años en México y características de las menores y de los padres de sus hijos e hijas, a partir de las estadísticas vitales de nacimientos de 1990 a 2016”, tiene un doble propósito: realizar un diagnóstico del embarazo en niñas y adolescentes menores de 15 años en México y caracterizar, desde una perspectiva sociodemográfica, a las madres menores de 15 años y a los progenitores de sus hijos e hijas, a partir de la reconstrucción de estadísticas vitales de nacimientos de 1990 a 2016. Entre los hallazgos más importantes que presentan las autoras, se observa un aumento considerable de la fecundidad adolescente e infantil en el período de análisis, principalmente en el área rural, así como el hecho de que una gran mayoría de estas niñas y adolescentes se encuentran unidas o en matrimonio, muestran rezago escolar, se dedican a los quehaceres del hogar y tienen pocas oportunidades de continuar sus estudios. Por último, los padres de sus hijos e hijas suelen ser mayores que ellas y, en general, cuentan con un trabajo remunerado.

El siguiente artículo, elaborado por Jimena Kohan y titulado “Una metodología para estimar los femicidios en la Argentina a partir de las estadísticas vitales”, constituye una propuesta novedosa para cuantificar este preocupante fenómeno social puesto de relieve por los movimientos de mujeres y por los defensores de los derechos humanos, entre otros actores. Si bien parte definiendo el femicidio como un tipo de homicidio que tiene su origen en la dinámica de las relaciones de poder y desigualdad entre hombres y mujeres, la autora identifica una serie de dificultades para investigar este problema, como la ausencia de una definición unívoca, la existencia de fuentes diversas, heterogéneas e incompatibles entre sí y la escasa rigurosidad estadística de dichas fuentes, que dificulta, a su vez, la posibilidad de comparar los datos obtenidos. Dichas carencias constituyen la motivación para llevar a cabo este estudio. La fuente de datos original es el Informe Estadístico de Defunción, que contiene las causas de muerte catalogadas según la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Conexos (CIE-10). De esta manera, se construye una definición operacional de “femicidio” que incluye las defunciones de mujeres por causas externas: agresiones (homicidas) y aquellas donde se puede suponer una intencionalidad. Sobre la base de datos del período 2002-2010, se encuentra que el número de femicidios en la Argentina no se incrementó en dicho período.

Si bien la migración internacional es un tema que se encuentra cada vez más presente en la agenda de investigación, el tema del retorno no ha sido de los más estudiados. Edith Arrúa y Sebastián Bruno abordan este tema en su trabajo “Migración de retorno en el

Paraguay: características e inserción sociolaboral”. Teniendo en cuenta los cambios en los patrones migratorios relacionados con el retorno en el Paraguay, resulta pertinente estimar su magnitud, sus características sociodemográficas, los diferenciales de inserción laboral y los patrones generales de los itinerarios migratorios. A través de una encuesta ad hoc, los autores estimaron que, en los últimos diez años, regresaron a su país de origen 67.541 paraguayos de 18 años y más. En este universo, destaca la preeminencia del retorno desde la Argentina, relativamente invisibilizado por la mayor problematización social del retorno desde España. En cuanto a la inserción laboral de los retornados, predominan el trabajo por cuenta propia y el desarrollo de actividades laborales en unidades económicas de micro y pequeña escala. Finalmente, la periodización de los itinerarios permite observar la importancia de la emigración entre 2004 y 2008 y del retorno entre 2013 y 2016.

A continuación, se incluyen dos trabajos que comparten una aproximación territorial a los problemas de población. El primero de ellos, “Transiciones demográficas, nuevas formas residenciales y segregación social: transformaciones recientes del espacio urbano de Bogotá”, elaborado por Diva García y Juan Módenes, se centra en Bogotá. En él se analizan las transformaciones de la ciudad en las últimas décadas, buscando comprender la relación entre la oferta residencial (tipos y cantidades de viviendas) y la demanda residencial, influida por el perfil de los hogares, que se ha venido transformando en función de los cambios de los patrones demográficos y las nuevas formas de entender la vida familiar. La estrategia metodológica empleada fue el trabajo con microdatos censales de 1993 y 2005 (las ediciones más recientes en el caso de Colombia), relacionando las variables exploradas mediante la técnica de clúster. Los autores concluyen que la convergencia de las transformaciones urbanas (terrenos disponibles, infraestructura y procesos de expansión), de la vivienda (tipologías y tamaños residenciales) y de las formas de ocupación (tamaño y tipo de los hogares, densidad dentro de la vivienda), ha dado lugar a una forma específica de poblamiento de Bogotá, que sugiere la existencia de un sistema residencial dual, muy dependiente de las condiciones socioeconómicas de los hogares. A ello se suma la existencia de patrones de segregación demográfica, apreciables en las diferencias de tamaño de los hogares, lo que contribuye a reforzar la exclusión y la vulnerabilidad.

En el segundo artículo relacionado con esta línea de investigación, “Segregación socioterritorial en la Región Metropolitana de Buenos Aires: análisis espacial intraurbano, características y evolución reciente, 2001-2010”, Albano Vergara se propone medir la segregación residencial en tres grupos sociales desfavorecidos (hogares de nivel socioeconómico bajo, hogares con carencias habitacionales y hogares con jefes inmigrantes del Estado Plurinacional de Bolivia, el Paraguay y el Perú) en la Región Metropolitana de Buenos Aires, con el fin de detectar los principales cambios ocurridos entre 2001 y 2010. Se busca averiguar si en el período tuvo lugar un proceso de mayor segregación de dichos grupos —considerados los más desaventajados respecto al acceso a la ciudad— o si, por el contrario, se redujo la segregación residencial tras una década de crecimiento económico y mejoras distributivas. Los resultados apuntan al mantenimiento de la segregación en el período analizado y, en concreto, a la intensificación de la segregación residencial en el caso de los inmigrantes.

Este número de *Notas de Población* se cierra con un trabajo sobre el bono demográfico, tema que continúa siendo relevante en algunos países de la región. Se trata del artículo de los autores Werner Peña y María Elena Rivera, titulado “Dividendo demográfico y migración en El Salvador: ¿cuánto se ha perdido?”. Peña y Rivera comienzan destacando el particular momento demográfico en que se encuentra la población de El Salvador, que supone que la relación de dependencia continuará disminuyendo hasta 2032-2033, por lo que el país seguirá disfrutando de una condición demográfica favorable durante los próximos 15 años. Sin embargo, advierten que, para aprovechar los potenciales beneficios asociados, el país debe implementar las medidas de política pública correspondientes. De acuerdo con los datos, la baja inversión en capital humano y la productividad laboral también modesta no estarían permitiendo a El Salvador obtener todos los beneficios que el dividendo demográfico puede proporcionar. Los autores ponen de relieve que, si bien la contribución del dividendo demográfico al crecimiento del producto ha sido positiva, la emigración de salvadoreños en edades productivas estaría impidiendo al país extraer el máximo provecho posible de este fenómeno.

Comité Editorial de *Notas de Población*

La medición de la esperanza de vida libre de limitaciones cognitivas y la esperanza de vida con limitaciones cognitivas en América Latina

Nélida Redondo^{1 2}
 Gilbert Brenes Camacho³
 Marcela Agudelo Botero⁴
 Carolina Guidotti⁵
 Dalia Romero⁶
 Moisés H. Sandoval⁷

Recibido: 15/11/2017
 Aceptado: 20/12/2017

Resumen

En este artículo se analiza la información extraída de los censos y las encuestas nacionales de la ronda de 2010 de seis países de la región —Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica, México y Uruguay— que aplicaron las preguntas del Grupo de Washington sobre Estadísticas de la Discapacidad, referidas a limitaciones cognitivas permanentes. En la primera parte, se hace un análisis comparativo de la esperanza de vida libre de

¹ Doctora en Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires (UBA) y Directora de Investigaciones de la Fundación SIDOM. Correo electrónico: nredondo@fundacionsidom.org.

² Todos los autores son miembros de la Red de Envejecimiento de la Asociación Latinoamericana de Población (ALAP).

³ Doctor en Sociología de la Universidad de Wisconsin-Madison, Investigador del Centro Centroamericano de Población (CCP) y Profesor Asociado de la Escuela de Estadística de la Universidad de Costa Rica (UCR). Correo electrónico: gilbert.brenes@ucr.ac.cr.

⁴ Doctora en Estudios de Población de El Colegio de México y Profesora e Investigadora del Centro de Investigación en Población, Políticas y Salud (CIPPS), Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Correo electrónico: magudelo@comunidad.unam.mx.

⁵ Doctora en Demografía de la Universidad Estatal de Campinas (UNICAMP) y Profesora e Investigadora de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República (UDELAR). Correo electrónico: cguidotti@psico.edu.uy.

⁶ Doctora en Salud Pública de la Escuela Nacional de Salud Pública Sergio Arouca (ENSP), Fundación Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) y Profesora e Investigadora de FIOCRUZ. Correo electrónico: dalia.fiocruz@gmail.com.

⁷ Candidato a Doctor en Demografía del Centro de Desarrollo y Planificación Regional (CEDEPLAR), Universidad Federal de Minas Gerais (UFMG). Correo electrónico: msandoval@cedepplar.ufmg.com.

limitaciones cognitivas y la esperanza de vida con limitaciones cognitivas permanentes a partir de los 60 años de edad, aplicando el método de Sullivan. En la segunda parte, se contrastan los resultados de las mediciones subjetivas con los de las mediciones basadas en la aplicación de pruebas específicas de deterioro cognitivo en dos de los países estudiados, a saber, Chile y Costa Rica. El análisis permite concluir que la autopercepción de limitaciones permanentes es comparable en los seis países, pese a las diferencias semánticas en la formulación de las preguntas. En cambio, se observa una brecha entre las mediciones subjetivas y las objetivas, lo que podría indicar la subestimación del fenómeno cuando se utilizan las primeras.

Palabras clave: limitaciones cognitivas, percepción subjetiva, medición objetiva, esperanza de vida saludable, años de vida esperados con limitaciones.

Abstract

This article analyses information from censuses and national surveys of the 2010 round for six countries of the region —Argentina, Brazil, Chile, Costa Rica, Mexico and Uruguay— which applied the questions of the Washington Group on Disability Statistics on permanent cognitive limitations. The first part of the article offers a comparative analysis of life expectancy free of cognitive limitations and life expectancy with permanent cognitive limitations from 60 years of age onward, using the Sullivan method. The second part contrasts the results of the subjective measurement with measures based on the application of specific cognitive impairment tests in two of the countries studied: Chile and Costa Rica. The analysis suggests that the self-perception of permanent limitations is comparable in all six countries, despite semantic differences in the formulation of questions. Conversely, there is a gap between subjective and objective measurements, which could indicate the underestimation of the phenomenon in self-reporting.

Keywords: cognitive limitations, subjective perception, objective measurement, healthy life expectancy, expected years with limitations.

Résumé

Cet article est une analyse des informations extraites des recensements et des enquêtes nationales de 2010 de six pays de la région - Argentine, Brésil, Chili, Costa Rica, Mexique et Uruguay - qui ont appliqué les questions du Groupe de Washington sur les statistiques du handicap concernant les déficiences cognitives permanentes. Dans la première partie, l'auteur procède à une analyse comparative de l'espérance de vie sans limitations cognitives et de l'espérance de vie avec limitations cognitives permanentes à partir de 60 ans, selon la méthode de Sullivan. La deuxième partie met en contraste les résultats des mesures subjectives avec ceux des mesures basées sur l'application de tests spécifiques de déficience cognitive dans deux des pays étudiés, à savoir le Chili et le Costa Rica. L'analyse permet de conclure que l'auto-perception des limitations permanentes est comparable dans les six pays, malgré les différences sémantiques dans la formulation des questions. D'autre part, il existe un fossé entre les mesures subjectives et objectives, ce qui pourrait indiquer une sous-estimation du phénomène quand les premières sont utilisées.

Mots clés: limitations cognitives, perception subjective, mesure objective, espérance de vie en bonne santé, années de vie escomptées avec limitations.

Introducción

El aumento de la esperanza de vida de las poblaciones latinoamericanas es un proceso conocido y bien documentado en términos cuantitativos. En un estudio pionero sobre el tema, Frenk y otros (1989) denominaron transición epidemiológica prolongada polarizada a la particular trayectoria seguida por los países de la región. La denominación hace referencia al impacto que la desigualdad social y regional tiene sobre la evolución del perfil de salud y enfermedad de las poblaciones latinoamericanas.

Sin perjuicio de lo expuesto, el proceso epidemiológico, que se traduce en la progresiva longevidad de las poblaciones latinoamericanas, es todavía poco conocido desde la perspectiva cualitativa, pues aún se desconoce el impacto de las limitaciones permanentes y las enfermedades crónicas en el curso de la vida de las personas y su consiguiente efecto sobre la autonomía en las edades más avanzadas. Por otra parte, es necesario destacar que, hasta ahora, son pocos los países latinoamericanos en que se han llevado a cabo estudios longitudinales de salud en muestras estadísticas representativas de sus poblaciones adultas. Por este motivo, resultan de especial interés las actividades de los organismos regionales dirigidas a homologar las fuentes de datos nacionales, que hacen posible la producción de información comparable sobre aspectos relevantes de las condiciones de salud de las personas adultas en los nuevos escenarios demográficos y epidemiológicos.

En este sentido, a partir de 2001, las Naciones Unidas, por intermedio del Grupo de Washington sobre Estadísticas de la Discapacidad, recomienda a los países miembros que incluyan preguntas estandarizadas en los censos y las encuestas, dirigidas específicamente a la medición de la discapacidad en la población. Esta exhortación está destinada a que los países puedan disponer de información válida y confiable, que además sea útil para las comparaciones internacionales.

En los censos y las encuestas de la ronda de la década de 2010, 21 países latinoamericanos aplicaron, con diversas modificaciones, las cuatro preguntas sugeridas por el Grupo de Washington. La batería de preguntas propuesta tiene por objeto captar la percepción subjetiva de las propias personas, o de sus convivientes cercanos, acerca de las limitaciones permanentes derivadas de enfermedades físicas o cognitivas que obstaculizan la integración social.

La disponibilidad de este tipo de información posibilita la elaboración de tablas de vida que distingan entre los años de vida esperados con buena salud y los que transcurrirían con discapacidades o limitaciones permanentes en distintos escenarios socioeconómicos y demográficos. El indicador de esperanza de vida saludable integra las trayectorias de la mortalidad y la morbilidad y divide la esperanza de vida total en años vividos con diferentes estados de salud, lo que permite añadir la dimensión de calidad a la cantidad de años vividos (Redondo y otros, 2013). El indicador de esperanza de vida saludable se elabora mediante la aplicación del método propuesto por Sullivan en la década de 1970 y considera como supuesto que, si la esperanza de vida saludable de una población crece más rápidamente que la esperanza de vida total, en esa población no solo aumenta la longevidad, sino que además mejora el estado de salud.

Con el propósito de identificar las condiciones necesarias para la comparación internacional de la esperanza de vida saludable, en 1989 se formó la Red de la Esperanza de Vida Saludable (REVES), que reúne a expertos de diversas disciplinas para el examen e interpretación de las series temporales de la esperanza de vida saludable y la promoción del uso de este indicador en las políticas sanitarias. Desde su conformación hasta el presente, la REVES ha analizado de manera sistemática las dificultades relativas a la comparabilidad internacional del indicador, ocasionadas por las diferencias culturales y lingüísticas y por la exclusión de la población institucionalizada, que suele quedar fuera de los marcos muestrales de las encuestas de salud.

Sin perjuicio de las valoraciones críticas efectuadas, hasta el momento se reafirma la validez del indicador de esperanza de vida saludable para el diseño y la evaluación de las políticas sanitarias. En la revisión académica se objeta fundamentalmente su falta de capacidad para captar, por ejemplo, los cambios relacionados con la incidencia y la recuperación de las enfermedades, o resiliencia, en una población dada (Crimmins y otros, 2009). La principal ventaja operativa del indicador es que para calcularlo no se requiere de datos sobre morbilidad provenientes de estudios longitudinales que, por su costo, no existen en la mayor parte de los países. Algunos autores, como Mathers y Robine (1997), estudiaron el sesgo en la estimación de la esperanza de vida saludable al utilizar el método de Sullivan respecto de tablas de decremento múltiple y concluyeron que la diferencia observada en contextos relativamente estables es muy pequeña. Por este motivo, el método se ha generalizado para la estimación del indicador de esperanza de vida saludable (o esperanza de vida libre de discapacidad).

En este estudio se analiza la comparabilidad y la validez de los indicadores de esperanza de vida libre de limitaciones cognitivas permanentes de seis países latinoamericanos, elaborados sobre la base de los datos recopilados por censos y encuestas de la década de 2010 que, por primera vez, incluyeron de manera simultánea las preguntas propuestas por el Grupo de Washington. La selección del indicador se fundamentó en la proximidad que exhibe con el concepto de dependencia, relacionado a su vez con la estimación de la necesidad de cuidados o apoyo de terceras personas en las actividades de la vida diaria. La literatura indica que las personas mayores con limitaciones cognitivas poseen niveles menores de resiliencia (Fortes, Portuguese y Argimon, 2009). En poblaciones longevas, la prevalencia de limitación cognitiva está asociada con el aumento de la edad cronológica y se caracteriza por el deterioro progresivo.

En los estudios de las trayectorias finales de la vida en etapas muy avanzadas de transición epidemiológica se distinguen cuatro patrones de enfermedad prevalentes: i) el cáncer; ii) el fallo orgánico múltiple; iii) las demencias, junto con otras enfermedades neurodegenerativas y la fragilidad avanzada, y iv) la muerte súbita (National Gold Standards Framework Centre, 2006; Gómez-Batiste y otros, 2014). Las demencias, las otras enfermedades neurológicas degenerativas y la fragilidad avanzada presentan un perfil común que se caracteriza por el deterioro progresivo con alta dependencia y una extensión de hasta ocho años en su fase final. Por este motivo, se considera que las limitaciones cognitivas son un indicador válido para la estimación de las necesidades de cuidados complejos de larga duración.

En América Latina, el análisis de la prevalencia de las limitaciones permanentes captadas a través de los censos y las encuestas de la ronda de 2000 muestra que las tasas más elevadas se registran en las limitaciones visuales, auditivas y motoras, con una prevalencia hasta cinco veces superior en los mayores de 60 años. En cambio, las limitaciones cognitivas, además de presentar tasas menores, aumentan en forma moderada con el avance de la edad, pues en los mayores de 60 años solo se duplican los valores observados en los más jóvenes (CEPAL, 2013, pág. 207). Dada la mayor longevidad de las poblaciones de América Latina, el presente estudio tiene por objeto evaluar la comparabilidad y la robustez del indicador de esperanza de vida libre de limitaciones cognitivas permanentes elaborado sobre la base de datos de censos y encuestas de seis países latinoamericanos, que captaron percepciones subjetivas acerca de las limitaciones cognitivas.

Es importante tener en cuenta que la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en la publicación de 2015 “Estrategia y plan de acción sobre demencias en las personas mayores”, instó a los países de la región a incluir las demencias, la discapacidad y la dependencia de las personas mayores como asuntos prioritarios en los sistemas de salud pública, debido al rápido aumento de la longevidad de las poblaciones latinoamericanas y a que una consecuencia desfavorable de esta evolución demográfica es el aumento de la prevalencia de deterioro cognitivo en las edades extremas. Al respecto, es sabido que existen actualmente importantes lagunas de información acerca del impacto de la longevidad sobre los años de vida esperables con deterioro cognitivo y demencias.

Sobre la base de estos antecedentes, en este artículo se estudia la información acerca de limitaciones cognitivas permanentes producida en la Argentina, el Brasil, Chile, Costa Rica, México y el Uruguay, utilizando los censos y las encuestas nacionales de la ronda de la década de 2010 en que se aplicaron las preguntas del Grupo de Washington. Así, el primer objetivo del trabajo es hacer un análisis comparativo de la esperanza de vida libre de limitaciones cognitivas y la esperanza de vida con limitaciones cognitivas a partir de los 60 años de edad en las poblaciones de los seis países, a través del método de Sullivan.

Dos de los países estudiados, Chile y Costa Rica, llevan a cabo mediciones de deterioro cognitivo en sus poblaciones de personas mayores mediante la aplicación del miniexamen del estado mental de Folstein y el cuestionario de actividad funcional de Pfeffer, lo que posibilita la observación de diferencias entre las valoraciones subjetivas y objetivas del mismo fenómeno. De esta forma, un segundo objetivo de este trabajo es conocer el alcance y la comparabilidad de las preguntas referidas a la autopercepción de limitaciones permanentes, así como la brecha observable entre las percepciones subjetivas y las mediciones objetivas del deterioro cognitivo en coordenadas geográficas y de tiempo similares.

A. Mediciones de salud objetivas y subjetivas

La evaluación que realizan las personas de su salud a partir de la propia comprensión puede no corresponder a la evaluación de los expertos médicos. Sen (2002), entre otros autores, advierte que existe un contraste conceptual entre las opiniones subjetivas sobre la salud

(basadas en las percepciones del paciente o de los entrevistados) y las opiniones objetivas (basadas en las observaciones de los médicos o especialistas). Señala que, aunque las dos visiones pueden ser complementarias, con frecuencia existe una tensión significativa entre las evaluaciones que se fundamentan en cada una de ellas, dado que las evaluaciones subjetivas pueden estar limitadas por la experiencia social de quienes las realizan. Sobre la base de la experiencia india, Sen subraya que en las comunidades en que prevalecen gran número de enfermedades y hay pocos servicios médicos, los habitantes pueden percibir ciertos síntomas como “normales” aun cuando sean clínicamente prevenibles. Las “inequidades de las percepciones subjetivas” descritas por Sen se consideran de interés para el análisis de la situación latinoamericana en las fases iniciales del aumento de la longevidad.

Por su parte, en el informe de investigación metodológica sobre las mediciones de salud y las comparaciones entre países, Masseria y otros (2007) citan a Jürges (2007) para distinguir, dentro de los indicadores de autoevaluación, los que clasifican como indicadores subjetivos de los que denominan “cuasiobjetivos”. Los autores incluyen entre los indicadores cuasiobjetivos la autopercepción de las limitaciones en las actividades básicas o instrumentales de la vida diaria, tales como caminar, comer o subir escaleras. Desde su perspectiva, la capacidad funcional para desempeñar actividades o la percepción de limitaciones sensoriales, físicas o cognitivas poseen más sustento factual que la percepción general del estado de salud, que está más afectada por cuestiones anímicas, sociales y culturales. Sin embargo, los investigadores advierten que, aun en el caso de los indicadores cuasiobjetivos, las diferencias entre países pueden deberse a factores culturales y no a diferencias de salud. Además, la comparabilidad internacional estaría afectada por cuestiones semánticas relativas a la formulación de las preguntas.

Distintas investigaciones han mostrado la relación entre las mediciones subjetivas y objetivas de la salud. En contextos clínicos y de encuestas poblacionales, se halla de manera sistemática que la salud autoinformada (cuando se le solicita al entrevistado calificar su salud en una escala que generalmente varía de excelente a muy mala) predice directamente la probabilidad de muerte de un individuo, independientemente de las comorbilidades presentes (Cesari y otros, 2008; Fernández-Ruiz y otros, 2013; Hirvey y otros, 2012; Van der Heyden y otros, 2014). Los estudios comparativos y metaanalíticos sugieren que los individuos basan sus mediciones subjetivas en sensaciones corporales asociadas con procesos de desregulación fisiológica, como la inflamación (Wolff y otros, 2010), pues las mediciones subjetivas están estadísticamente asociadas con otros indicadores de salud, como biomarcadores cardiovasculares e inmunológicos, síntomas físicos y dolor (Rasmussen, Scheier y Greenhouse, 2009).

La revisión de la literatura indica que las evaluaciones subjetivas de la salud son adecuadas para estimar la demanda de servicios, pero pueden resultar incompletas para programar la oferta de atención de la salud. Esto se debe a que es probable que los indicadores subjetivos o cuasiobjetivos subestimen las necesidades de quienes, a pesar de padecer condiciones adversas, las perciben como estados “naturales”, no susceptibles de atención o tratamiento. Pese a la relación entre la salud y las medidas subjetivas, estas no pueden sustituir el valor

predictivo de las medidas clínicas objetivas. En ese sentido, entre las personas mayores, los biomarcadores (por ejemplo, proteína C reactiva, hemoglobina glicosilada y sulfato de dehidroepiandrosterona) y los resultados de pruebas de funcionamiento físico (como fuerza de agarre, flujo espiratorio máximo y velocidad de marcha) predicen la mortalidad en forma estadísticamente independiente del autoinforme de salud (Glei y otros, 2016; Rosero-Bixby y Dow, 2012). Además, las respuestas a las preguntas de un censo o una encuesta dependen del contexto de la entrevista y de la estructura del cuestionario (Lee y Schwarz, 2014), por lo que podrían arrojar resultados con alta validez externa, pero relativamente baja confiabilidad si la entrevista se realizara en circunstancias distintas.

En síntesis, la percepción subjetiva de la salud es una dimensión insoslayable de la medición de la salud poblacional y la consiguiente programación de los servicios de salud, ya que permite conocer el discernimiento que la población posee sobre sus necesidades de atención. Por otra parte, para medir de manera objetiva los estados de salud, es necesaria la inclusión de personal entrenado que recopile la información en ámbitos adecuados. Esto la hace costosa y, por tanto, son escasas las fuentes de datos nacionales que contienen este tipo de medición. De cualquier modo, las visiones objetivas o externas y subjetivas o internas son complementarias, porque facilitan la comprensión integral del estado de salud de la población.

1. Esperanza de vida saludable y medición del deterioro cognitivo en América Latina

El análisis comparativo de la esperanza de vida saludable ha sido desarrollado por distintos grupos internacionales de investigadores. El trabajo más ambicioso es el proyecto Carga Mundial de Morbilidad, del Instituto para la Medición y Evaluación de la Salud de la Universidad de Washington y la Universidad de Harvard (Salomon y otros, 2012). En el informe más reciente del proyecto, se presentan estimaciones de esperanza de vida saludable para 187 países y, al comparar 1990 con 2010, se pone de manifiesto que la esperanza de vida saludable ha crecido más lentamente que la esperanza de vida total, en particular porque las tasas de mortalidad han ido decreciendo más aceleradamente que la prevalencia de discapacidad. En América Latina, los progresos más fuertes se han observado en la región andina, en comparación con los del Cono Sur o Centroamérica.

En las investigaciones enfocadas en algunos países del subcontinente se han utilizado los datos del proyecto Salud, Bienestar y Envejecimiento en América Latina y el Caribe (SABE), cuyo trabajo de campo se realizó en siete ciudades de la región (Albala y otros, 2005). En general, los investigadores observan que las mujeres tienen mayor esperanza de vida total, pero también mayor esperanza de vida con discapacidad, sobre todo por su mayor prevalencia en edades más avanzadas —a partir de los 80 años— (Beltrán-Sánchez y Andrade, 2013; Minicuci y otros, 2011), lo que concuerda con mediciones realizadas en otros países del mundo (Pongiglione, De Stavola y Ploubidis, 2015). Además, tanto en São Paulo (Brasil) como en las áreas urbanas de México (según datos del Estudio Mexicano de Salud y Envejecimiento, (ENASEM)), las personas más educadas tienen una esperanza de vida libre

de discapacidad más alta, sobre todo por las mayores tasas de recuperación (Beltrán-Sánchez y Andrade, 2013). Comparando 2000 con 2010, Campolina y otros (2014) muestran que, en São Paulo, a las edades de 60 y 75 años, la proporción de años de vida esperables libres de discapacidad disminuyó. Asimismo, sobre la base de encuestas aplicadas en muestras representativas a nivel nacional (en lugar de las muestras urbanas del proyecto SABE), Payne (2018) señala que los años de vida esperables libres de discapacidad a la edad de 65 años son muy similares en Costa Rica, los Estados Unidos, México y Puerto Rico —alrededor de 14 años tanto en hombres como en mujeres—, aunque las cifras son un poco menores en el caso de las mujeres costarricenses. Para los cálculos, en lugar del método de Sullivan, el autor utiliza datos longitudinales, tablas de vida de decremento múltiple y microsimulaciones.

Con estos mismos datos, otros autores han calculado esperanzas de vida sin limitaciones cognitivas. Andrade y otros (2014) emplearon el método de Sullivan para las personas mayores de São Paulo, en 2000 y 2010, y descubrieron que las mujeres tienen mayor esperanza de vida libre de limitaciones cognitivas que los hombres, debido a que la mayor prevalencia de deterioro cognitivo se registra tardíamente, después de los 80 años. Los incrementos de la esperanza de vida saludable se pueden atribuir a mejoras de la esperanza de vida total y a una reducción de la proporción de personas mayores limitadas cognitivamente. Ashby-Mitchell y otros (2015) calculan la esperanza de vida libre de limitaciones cognitivas, de hombres y mujeres, a los 60 y 80 años de edad. A la edad de 60 años, los varones uruguayos (de Montevideo) y cubanos (de La Habana), así como las mujeres brasileñas (de São Paulo) y barbadenses (de Bridgetown), tienen la mayor esperanza de vida libre de limitaciones cognitivas. A la edad de 80 años, los varones argentinos (de Buenos Aires) y chilenos (de Santiago) y las mujeres mexicanas (de Ciudad de México) y barbadenses son las poblaciones que presentan los valores más altos de este indicador.

B. Metodología y fuentes de información

1. El método de Sullivan

Para estimar la esperanza de vida libre de limitaciones permanentes (EVLLP), definición que se adopta para ajustarse literalmente a la denominación utilizada en las fuentes de datos empleadas, deben realizarse tres pasos.

El primero consiste en calcular los años-persona vividos sin dificultades o limitaciones permanentes entre dos edades ($nAVLLP_x$). Esta cifra corresponde al producto de la proporción de personas sin dificultades o limitaciones entre esas dos edades (${}^1_n\pi_x$) y los años-persona vividos por la población estacionaria en el mismo rango de edades (${}_nL_x$). Entonces:

$${}_nAVLLP_x = ({}^1_n\pi_x) {}_nL_x .$$

En un segundo paso, se deben calcular los años-persona vividos libres de dificultades o limitaciones permanentes a partir de la edad exacta x . Para ello, se deberán sumar los ${}_nAVLLP_x$ correspondientes a las edades iguales o superiores a x .

Por último, se debe dividir la sumatoria previa por las personas supervivientes a la edad exacta x (l_x)—que aportaron esos años-persona vividos—, a fin de obtener la esperanza de vida libre de limitaciones permanentes a la edad exacta x ($EVLLP_x$). Por lo tanto:

$$EVLLP_x = \frac{\sum_{z \geq x} {}_nAVLLP_z}{l_x}$$

La $EVLLP_x$ indica, así, el total de años que se espera vivir sin limitaciones permanentes si se tiene la edad exacta x .

A modo de complemento, en la literatura y en el presente artículo se utilizan dos medidas derivadas de los cálculos previos. La primera indica la esperanza de vida con limitaciones permanentes en el caso de una persona de edad exacta x ($EVCLP_x$), que se obtiene a partir de la fórmula $EV_x^8 - EVLLP_x$, y la segunda se refiere a la proporción de años que se espera vivir sin dificultades o limitaciones permanentes si se tiene la edad exacta x respecto del total de años que espera vivir una persona de esa misma edad ($EVLLP_x/EV_x$)⁹.

Como se explicitó anteriormente, en el presente estudio estas medidas se calcularon solamente para el caso específico de las limitaciones permanentes de carácter cognitivo (se estimó la esperanza de vida libre de limitaciones cognitivas permanentes y la esperanza de vida con limitaciones cognitivas permanentes).

El método de Sullivan se aplica utilizando datos de prevalencia para ponderar la tabla de mortalidad. El cálculo se basa en datos de mortalidad procedentes de la tabla de vida y datos de prevalencia de algunos tipos de medidas relacionadas con la salud, como discapacidad, enfermedad, restricción de actividad y percepción subjetiva de la salud, entre las más utilizadas, que se obtienen mediante encuestas dirigidas a la población general. La elección de una u otra medida de salud o incapacidad condiciona los resultados y, por lo tanto, la interpretación y la comparabilidad del indicador (Saito, Robine y Crimmins, 2014).

En este artículo, la esperanza de vida saludable hace referencia a los años de vida libres de limitaciones cognitivas. Se analizan prevalencias que fueron calculadas a partir de dos enfoques distintos, aunque complementarios: i) la percepción subjetiva de las propias personas o sus familiares convivientes y ii) la medición objetiva a través de la aplicación de pruebas específicas.

⁸ EV_x indica la esperanza de vida o los años de vida esperables para una persona de edad exacta x .

⁹ Si se desea profundizar en el tema metodológico, véase Jagger y otros (2001).

2. Fuentes de información

En 2001, la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), que evidencia la adopción del modelo social para caracterizar la discapacidad. Conforme a este modelo, la cuestión se enfoca desde la perspectiva de la integración social de las personas que poseen limitaciones permanentes derivadas de enfermedades o accidentes, pues se considera que dichas limitaciones son el resultado de la interacción entre la persona y el medio en que desempeña sus actividades (CEPAL, 2014).

En 2002, los países miembros de la Comisión de Estadística de las Naciones Unidas conformaron el Grupo de Washington sobre Estadísticas de la Discapacidad con el propósito de producir información básica sobre discapacidad comparable en todo el mundo, aplicando el marco conceptual y metodológico multidimensional correspondiente al enfoque social referido. El resultado más reconocido de su trabajo es una breve batería de preguntas sencillas que pueden utilizarse fácilmente en los censos y las encuestas de los sistemas nacionales de estadísticas. La secuencia de preguntas finalmente propuesta fue fruto de sucesivas y múltiples pruebas piloto efectuadas en países de todos los continentes (CEPAL, 2014).

En América Latina, las primeras pruebas piloto se realizaron en los países del Mercado Común del Sur (MERCOSUR) en 2006, en forma conjunta, y en el Uruguay se llevó a cabo otra prueba en 2008. Los resultados de las pruebas y las actividades regionales para la preparación de los censos de la ronda de 2010 permitieron definir la recomendación mínima del Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)-División de Población de la CEPAL, referida a la formulación de cuatro preguntas: ¿tiene dificultad para ver, aun si usa anteojos o lentes?, ¿tiene dificultad para oír, aun si usa audífonos?, ¿tiene dificultad para subir o bajar escalones? y ¿tiene dificultad para recordar, concentrarse, tomar decisiones o comunicarse? Para cada una de estas preguntas, la recomendación incluye cuatro respuestas posibles sobre el grado de dificultad: 1. No puedo hacerlo; 2. Sí, mucha dificultad; 3. Sí, alguna dificultad, y 4. No, ninguna dificultad (CEPAL, 2014, pág. 6).

3. Las preguntas del Grupo de Washington sobre Estadísticas de la Discapacidad en los censos y las encuestas nacionales

Las preguntas sobre deterioro cognitivo de los censos y las encuestas de los seis países estudiados fueron formuladas siguiendo los lineamientos del Grupo de Washington, aunque con diferentes matices semánticos, tal como se expone en el cuadro 1.

Las opciones de respuesta también se formularon de diferente forma en los censos y las encuestas de cada país. Solamente en el Uruguay se presentó la escala sugerida por el Grupo de Washington para ponderar el grado de dificultad percibido. En los países restantes sobre los que se realizó el estudio se optó por respuestas del tipo “sí” o “no” o por registrar únicamente las marcas positivas, es decir, las marcas correspondientes a las personas que declararon poseer alguna limitación (véase el cuadro 1).

Cuadro 1

Formulación de las preguntas y las opciones de respuesta referidas a limitaciones permanentes de tipo cognitivo en censos y encuestas nacionales, por país, ronda de 2010

Pregunta	Opciones de respuesta
Argentina	
¿Tiene dificultad o limitación permanente para... entender y/o aprender?	Sí No
Brasil	
Tem alguma deficiência mental/intelectual permanente que limite as suas atividades habituais, como trabalhar, ir à escola, brincar, etc.?	Sí No
México	
En su vida diaria ¿(NOMBRE) tiene dificultad al realizar las siguientes actividades: poner atención o aprender cosas sencillas? ¿Tiene alguna limitación mental?	Solamente marcas positivas
Costa Rica	
¿(Nombre) tiene alguna limitación permanente... de tipo intelectual? (retardo, síndrome de Down, otros) de tipo mental? (bipolar, esquizofrenia, otros)	Solamente marcas positivas
Uruguay	
¿Tiene... (nombre) alguna dificultad permanente para... entender y/o aprender?	No tiene dificultad Sí, alguna dificultad Sí, mucha dificultad Sí, no puede hacerlo
Chile	
¿Tiene ud. alguna de las siguientes condiciones permanentes y/o de larga duración? Registre más de una condición. Dificultad psiquiátrica Dificultad mental o intelectual	Solamente marcas positivas

Fuente: Elaboración propia, sobre la base de censos y encuestas nacionales.

En el cuadro 1 se observan las diferencias semánticas en la formulación de las preguntas. La Argentina y el Uruguay indagaron de la misma manera, pues en ambos casos se alude a limitaciones permanentes para entender o aprender. El Brasil, México, Costa Rica y Chile optaron por mencionar dificultades y limitaciones mentales o intelectuales, y Chile agregó además la dificultad psiquiátrica. Las fórmulas de las preguntas fueron testeadas en las respectivas pruebas piloto nacionales y se ajustaron según el marco cultural de cada país. Como se señaló, las diferencias semánticas y culturales constituyen obstáculos a la comparabilidad. Al respecto, en el punto siguiente se presenta un examen de las particularidades de los censos y las encuestas que se aplicaron en el caso latinoamericano.

4. Los universos de observación

En los censos nacionales de la Argentina, el Brasil y México, se aplicó un cuestionario básico a toda la población del territorio nacional y un cuestionario ampliado a la población de las áreas rurales y las localidades de menor tamaño, así como a la población incluida en muestras estadísticas aleatorias de las localidades de mayor tamaño. Las preguntas acerca de la discapacidad fueron incluidas en el cuestionario ampliado, por lo tanto, se refieren a universos muestrales.

En el caso de la Argentina, la pregunta se formuló a la población que residía en localidades de menos de 50.000 habitantes, a la población rural agrupada y dispersa, y a una muestra del 10% de las viviendas particulares en localidades con 50.000 habitantes o más. A diferencia del censo de 2001, en 2010 la pregunta referida a la discapacidad se realizó a cada una de las personas y no solo al hogar en general, lo que hizo posible conocer el tipo de limitación y las características demográficas básicas de las personas. Se excluyó a la población institucionalizada residente en hogares colectivos (hogares de ancianos) y ello debe tenerse en cuenta al evaluar la información¹⁰.

En el censo del Brasil, la fracción muestral fue de entre un 5% y un 50%, dependiendo del tamaño de la población de los municipios, del número de domicilios particulares y del número de residentes en hogares colectivos. A lo largo del territorio nacional se seleccionaron 6.192.332 hogares para responder al cuestionario de la muestra, lo que significó una fracción efectiva de alrededor del 10,7% en relación con el país en su conjunto. En esos domicilios se recopiló la información de todos los residentes, que alcanzaron un total de 20.635.472 personas.

En México, los dominios de estudio para la muestra censal fueron los siguientes: nacional, estatal (menos de 2.500 habitantes, de 2.500 a 14.999 habitantes, de 15.000 a 49.999 habitantes, y 50.000 y más habitantes), municipal y localidades de 50.000 y más habitantes. Los tamaños de muestra fijados fueron: 800 viviendas habitadas para los municipios de 1.100 a 4.000 viviendas habitadas, 1.100 viviendas habitadas para los municipios de 4.000 o más viviendas habitadas que no cuentan con localidades de 50.000 y más habitantes, y 800 viviendas habitadas para los municipios de 4.000 o más viviendas habitadas que cuentan con localidades de 50.000 y más habitantes, es decir, este tamaño contempla al resto del municipio sin incluir a las localidades de 50.000 y más habitantes. En cada una de las localidades de 50.000 y más habitantes se estableció un tamaño de muestra de al menos 2.000 viviendas habitadas. En el interior de cada municipio, la definición de la muestra para cada estrato fue proporcional al número de viviendas habitadas por estrato. En los municipios en que todas las viviendas eran, con certeza, parte de la muestra, no fue necesario definirla.

La población objetivo de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) de 2013, de Chile, la constituyen todas las personas y los hogares que residen en viviendas particulares de las 15 regiones del país, en las 324 comunas incluidas en el marco muestral del Instituto Nacional de Estadísticas (INE), sin incluir las áreas de difícil acceso identificadas por este organismo.

¹⁰ En la Argentina, según el Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas de 2010, la población excluida de la muestra censal por residir en hogares de ancianos alcanzó al 1,3% de los mayores de 60 años y al 4,9% de los mayores de 80 años.

Los censos nacionales del Brasil, Costa Rica y el Uruguay cubren la totalidad de la población de los respectivos países. En Chile y la Argentina, en cambio, están excluidas de las muestras las poblaciones residentes en hogares colectivos o institucionales. Por lo tanto, tales características deben tenerse en cuenta al valorar la comparabilidad de los datos.

5. La utilidad de la operacionalización de la esperanza de vida libre de limitaciones cognitivas y la esperanza de vida con limitaciones cognitivas

El aporte del presente trabajo es analizar el empleo de un método estandarizado para calcular la esperanza de vida libre de limitaciones cognitivas y la esperanza de vida con limitaciones cognitivas en algunos países de América Latina. El uso del método de Sullivan con prevalencias calculadas a partir de las preguntas recomendadas por el Grupo de Washington sobre Estadísticas de la Discapacidad permite realizar comparaciones entre los países de la región, pues se utiliza la misma técnica matemática (el método antes mencionado) y fuentes de información similares (censos de población y encuestas nacionales) cuyos datos fueron recolectados en años próximos. En ese sentido, la comparación entre países que se encuentran en etapas similares de la transición demográfica y epidemiológica, a pesar de haber experimentado procesos poblacionales históricos disímiles, permite vislumbrar más claramente los efectos del envejecimiento poblacional en las sociedades latinoamericanas.

Además, se seleccionó el método de Sullivan porque este es ideal cuando se carece de datos longitudinales (los censos son por definición transversales) debido a que posibilita el cálculo de la prevalencia de características demográficas (como limitaciones funcionales y discapacidad) por edad y según subgrupos poblacionales (por ejemplo, según sexo). El método de Sullivan tiene como principal supuesto que no hay recuperación en el estado de salud definido. En ese sentido, entre las medidas de discapacidad recolectadas por los censos, las limitaciones cognitivas en edades avanzadas son las que más se aproximan al supuesto, pues se espera que entre las personas mayores el deterioro cognitivo sea progresivo, con pocas probabilidades de recuperación. Sin perjuicio de ello, debe señalarse que Beltrán-Sánchez y Andrade (2013) indican que las tasas de recuperación son importantes para el cálculo de la esperanza de vida con limitaciones cognitivas en São Paulo (Brasil) y México, a fin de obtener mediciones más precisas.

C. Resultados

En primer lugar, se presenta el perfil demográfico de los seis países incluidos en este estudio. A continuación, se incluyen las estimaciones de esperanza de vida libre de limitaciones cognitivas y esperanza de vida con limitaciones cognitivas, elaboradas a partir de los datos provenientes de los censos y las encuestas nacionales, es decir, según las medidas de autopercepción. Por último, se presentan las mediciones objetivas de la esperanza de vida libre de limitaciones cognitivas permanentes y la esperanza de vida con este tipo de limitaciones.

1. El perfil demográfico de los países analizados

Los países latinoamericanos se caracterizan por la heterogeneidad de los tiempos de las transiciones demográfica y epidemiológica, aunque comparten el patrón polarizado-prolongado descrito por Frenk y otros (1989 y 1991). Los seis países considerados en este estudio atraviesan, con particularidades, las etapas avanzadas o muy avanzadas de ambas transiciones. Por ejemplo, Chile y Costa Rica, en ese orden, son los países latinoamericanos que, junto al Uruguay, conforman el grupo cuya transición está más avanzada, con bajas tasas de mortalidad tanto infantil como de las personas mayores. La Argentina es uno de los países de transición avanzada, demorada en los últimos años debido a la estable prevalencia de muertes por causas externas (accidentes viales) y a la existencia de áreas afectadas por epidemias de enfermedades transmisibles. México ha seguido una trayectoria prolongada, que se refleja en la paulatina reducción de las muertes por enfermedades transmisibles. El Brasil es otro país de transición prolongada, ya que posee en la actualidad la mayor proporción de fallecimientos por enfermedades transmisibles de los seis países considerados en este trabajo, así como altas tasas de mortalidad por causas externas (Di Cesare, 2011; INEC, 2016; Belliard, Massa y Redondo, 2013). No obstante, en comparación con algunos países centroamericanos (Guatemala, Honduras y Nicaragua), el Estado Plurinacional de Bolivia o Haití, todos los países seleccionados en el presente estudio se caracterizan por una baja fecundidad y una esperanza de vida relativamente alta en distintas edades.

El perfil demográfico de los seis países se presenta en el cuadro 2. Los indicadores se estimaron sobre la base de las tablas de vida, los censos y las encuestas nacionales correspondientes a la ronda de la década de 2010, y la tabla internacional de esperanza de vida sana elaborada por Salomón y otros (2012). Según los datos presentados, Costa Rica y Chile exhiben la mejor situación de salud. Además, son los países con la menor brecha por sexo en la esperanza de vida al nacer: menos de seis años. En cambio, a los 60 años, Costa Rica, el Brasil y México tienen las menores diferencias de esperanza de vida entre hombres y mujeres. Por su parte, el Uruguay y la Argentina son los países que poseen el mayor porcentaje de población mayor de 80 años respecto del total de la población, lo que refleja el más temprano inicio de la transición demográfica y, por consiguiente, un nivel de envejecimiento poblacional más avanzado. En tanto, el Brasil presenta la menor esperanza de vida al nacer y la menor esperanza de vida saludable al nacer, los valores más bajos de la serie considerada en este estudio (véase el cuadro 2).

Cuadro 2

Perfil demográfico: porcentaje de población mayor de 80 años respecto del total de la población, y esperanza de vida al nacer, esperanza de vida a los 60 años y más y esperanza de vida saludable al nacer, por sexo, alrededor de 2010

País	Población mayor de 80 años/ población total (en porcentajes)	Esperanza de vida al nacer (en años)		Esperanza de vida a los 60 años y más (en años)		Esperanza de vida saludable al nacer (en años)	
		Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres
Uruguay	3,2	72,6	80,4	18,7	23,4	64,7	70,0
Argentina	2,5	72,5	79,3	18,4	23,0	63,5	68,7
Chile	1,9	75,5	81,1	23,6	28,5	66,2	71,0
Costa Rica	1,7	77,1	81,9	22,4	25,3	67,3	70,5
Brasil	1,5	70,5	77,7	19,4	22,9	61,1	66,6
México	1,4	72,5	78,4	20,2	22,1	64,7	69,1

Fuente:Elaboración propia, sobre la base de Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC), Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010; “Tablas de mortalidad 2008-2010” [en línea] https://www.indec.gob.ar/nivel4_default.asp?id_tema_1=2&id_tema_2=24&id_tema_3=86; Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE), Censo Demográfico 2010; Ministerio de Desarrollo Social, Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) 2013; Instituto Nacional de Estadísticas (INE), *Chile: tabla de vida por método de mortalidad óptima*, Santiago, 2016; Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), X Censo Nacional de Población y VI de Vivienda 2011; Superintendencia de Pensiones (SUPEN), “Tablas de vida”, San Pedro [en línea] <https://www.supen.fi.cr/tablas-de-vida>; Instituto Nacional de Estadística (INE), Censos 2011; *Estimaciones y proyecciones de la población de Uruguay: metodología y resultados. Revisión 2013*, Montevideo, 2014; Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), Censo de Población y Vivienda 2010; Consejo Nacional de Población (CONAPO), “Datos de proyecciones”, Ciudad de México, 2017 [en línea] http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Proyecciones_Datos; J. Salomón y otros, “Healthy life expectancy for 187 countries, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden Disease Study 2010”, *The Lancet*, vol. 380, N° 9859, Amsterdam, Elsevier, 2012.

2. La medición subjetiva o interna de la esperanza de vida libre de limitaciones cognitivas y la esperanza de vida con limitaciones cognitivas

En general, la distribución de los países, ordenados por su esperanza de vida libre de limitaciones cognitivas, mantiene la tendencia observada en el perfil demográfico, con algunas singularidades: Chile y Costa Rica registran los valores más elevados de este indicador en ambos sexos. En cambio, la Argentina y el Uruguay se ubican en las posiciones opuestas, con los valores más bajos en el caso de los hombres, mientras que México y la Argentina exhiben las menores cifras de este indicador en el caso de las mujeres.

Al distribuir a los países según su esperanza de vida con limitaciones cognitivas, la Argentina presenta la mayor cantidad de años esperados con limitaciones, seguida por el Uruguay, en tanto que el Brasil registra la cifra menor¹¹. La más alta proporción de personas mayores de 80 años respecto del total de la población en la Argentina y el Uruguay está en consonancia con la mayor cantidad de años esperados con limitaciones cognitivas permanentes que se registra en ambos países y con el hecho de que, como lo

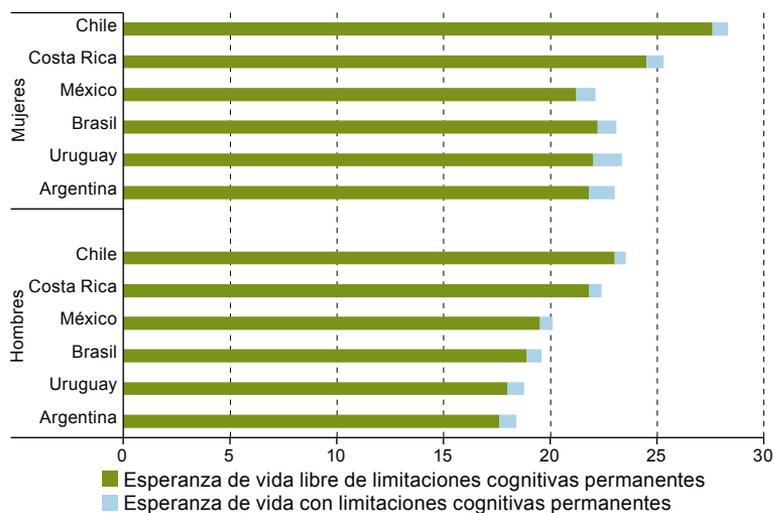
¹¹ La tendencia argentina sería aún más marcada si se incluyera en la muestra censal a la población que vive en hogares de ancianos.

han señalado otros autores (Andrade y otros, 2014; Ashby-Mitchell y otros, 2015), la mayor prevalencia de limitaciones cognitivas se da en los grupos etarios más avanzados. En los gráficos 1 y 2 se exhibe la esperanza de vida libre de limitaciones cognitivas permanentes y la esperanza de vida con limitaciones cognitivas permanentes a los 60 y a los 80 años de edad, respectivamente.

Gráfico 1

Esperanza de vida libre de limitaciones cognitivas permanentes y esperanza de vida con limitaciones cognitivas permanentes a los 60 años de edad por país y sexo, alrededor de 2010

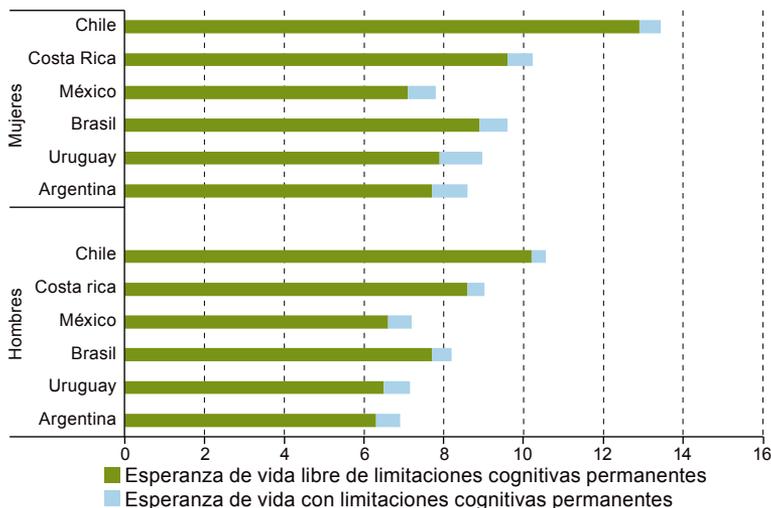
(En número de años)



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC), Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010, "Tablas de mortalidad 2008-2010" [en línea] https://www.indec.gob.ar/nivel4_default.asp?id_tema_1=2&id_tema_2=24&id_tema_3=86; Instituto Brasileiro de Geografía y Estadística (IBGE), Censo Demográfico 2010; Ministerio de Desarrollo Social, Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) 2013; Instituto Nacional de Estadísticas (INE), *Chile: tabla de vida por método de mortalidad óptima*, Santiago, 2016; Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), X Censo Nacional de Población y VI de Vivienda 2011; Superintendencia de Pensiones (SUPEN), "Tablas de vida", San Pedro [en línea] <https://www.supen.fi.cr/tablas-de-vida>; Instituto Nacional de Estadística (INE), Censos 2011; *Estimaciones y proyecciones de la población de Uruguay: metodología y resultados. Revisión 2013*, Montevideo, 2014; Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), Censo de Población y Vivienda 2010; Consejo Nacional de Población (CONAPO), "Datos de proyecciones", Ciudad de México, 2017 [en línea] http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Proyecciones_Datos.

Gráfico 2

Esperanza de vida libre de limitaciones cognitivas permanentes y esperanza de vida con limitaciones cognitivas permanentes a los 80 años de edad por país y sexo, alrededor de 2010
(En número de años)



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC), Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010, "Tablas de mortalidad 2008-2010" [en línea] https://www.indec.gob.ar/nivel4_default.asp?id_tema_1=2&id_tema_2=24&id_tema_3=86; Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE), Censo Demográfico 2010; Ministerio de Desarrollo Social, Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) 2013; Instituto Nacional de Estadísticas (INE), *Chile: tabla de vida por método de mortalidad óptima*, Santiago, 2016; Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), X Censo Nacional de Población y VI de Vivienda 2011; Superintendencia de Pensiones (SUPEN), "Tablas de vida", San Pedro [en línea] <https://www.supen.fi.cr/tablas-de-vida>; Instituto Nacional de Estadística (INE), Censos 2011; *Estimaciones y proyecciones de la población de Uruguay: metodología y resultados. Revisión 2013*, Montevideo, 2014; Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), Censo de Población y Vivienda 2010; Consejo Nacional de Población (CONAPO), "Datos de proyecciones", Ciudad de México, 2017 [en línea] http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Proyecciones_Datos.

3. La proporción de años de vida libres de limitaciones cognitivas permanentes respecto de la esperanza de vida total en los seis países analizados

En este apartado se compara el impacto diferencial que las limitaciones cognitivas permanentes tienen sobre la esperanza de vida total. El indicador es el porcentaje de la expectativa de vida a los 60 y los 80 años que corresponde a años de vida esperables libres de limitaciones cognitivas permanentes para cada sexo. Este indicador relativo permite una comparación más precisa porque supone que se controla por las diferencias en los años absolutos de esperanza de vida de un país a otro.

En el cuadro 3 se presenta el porcentaje de los años de vida esperables a los 60 y los 80 años que transcurrirían libres de limitaciones cognitivas permanentes en cada país y según sexo. Los países se ordenaron según la proporción de años de vida libres de discapacidad en la población masculina de 60 años. Según la medición subjetiva de limitaciones cognitivas permanentes, Chile y Costa Rica son los países en que está aumentando la esperanza de vida total con la menor prevalencia de discapacidad cognitiva. En la posición contraria, la Argentina y el Uruguay exhiben en ambos sexos el mayor porcentaje de esperanza de vida a los 60 y 80 años con limitaciones cognitivas permanentes (véanse los gráficos 1 y 2). El hecho de que estos dos países tengan esperanzas de vida mayores que el Brasil y México, pero menores porcentajes de esperanza de vida libre de limitaciones cognitivas implica que los primeros tienen cargas de morbilidad mayores que los segundos, pese a tener tasas de mortalidad menores. En los seis países, la proporción de años esperables con limitaciones cognitivas respecto de la esperanza de vida total es mayor en las mujeres, es decir, las limitaciones cognitivas, indicador válido de dependencia, afectan en mayor medida al curso de la vida femenina.

Cuadro 3

Proporción de años de vida esperables libres de limitaciones cognitivas permanentes respecto de la esperanza de vida total a los 60 y 80 años de edad por país y sexo, alrededor de 2010

(En porcentajes)

País	A los 60 años		A los 80 años	
	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres
Argentina	95,7	94,8	91,3	89,5
México	96,5	95,9	92,9	91,0
Uruguay	96,6	94,3	94,3	88,1
Brasil	97,3	96,9	95,6	94,3
Costa Rica	97,3	96,8	95,3	93,8
Chile	97,5	96,8	94,4	94,9

Fuente: Elaboración propia, sobre la base de Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC), Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010, "Tablas de mortalidad 2008-2010" [en línea] https://www.indec.gob.ar/nivel4_default.asp?id_tema_1=2&id_tema_2=24&id_tema_3=86; Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE), Censo Demográfico 2010; Ministerio de Desarrollo Social, Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) 2013; Instituto Nacional de Estadísticas (INE), *Chile: tabla de vida por método de mortalidad óptima*, Santiago, 2016; Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), X Censo Nacional de Población y VI de Vivienda 2011; Superintendencia de Pensiones (SUPEN), "Tablas de vida", San Pedro [en línea] <https://www.supen.fi.cr/tablas-de-vida>; Instituto Nacional de Estadística (INE), Censos 2011; *Estimaciones y proyecciones de la población de Uruguay: metodología y resultados. Revisión 2013*, Montevideo, 2014; Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), Censo de Población y Vivienda 2010; Consejo Nacional de Población (CONAPO), "Datos de proyecciones", Ciudad de México, 2017 [en línea] http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Proyecciones_Datos.

4. La medición subjetiva de limitaciones cognitivas mediante escalas de valoración

Como se señaló anteriormente, la propuesta original del Grupo de Washington sobre Estadísticas de la Discapacidad para captar la percepción subjetiva de limitaciones permanentes consistió en la aplicación de una escala para el registro de las respuestas. De los seis países latinoamericanos considerados en este estudio, solamente el Uruguay cumplió con la recomendación.

La información producida en el Uruguay muestra que la aplicación de la escala sugerida por el Grupo de Washington permite captar variaciones consistentes y obtener datos interesantes acerca de la magnitud del impacto de la discapacidad cognitiva sobre la vida personal en ese país. Para la estimación de la esperanza de vida libre de limitaciones cognitivas y la esperanza de vida con limitaciones cognitivas se utilizó la prevalencia de limitación cognitiva en distintos grados, es decir, los porcentajes de personas que refirieron tenerla en cualquiera de sus niveles de gravedad. En el cuadro 4 se presentan los valores estimados a nivel global (incluidos los distintos grados de la limitación) y según el nivel de gravedad, por sexo y edad de las personas. Esta información es valiosa para resaltar la importancia de la operacionalización de la discapacidad a partir de la información sobre limitaciones funcionales. Nótese que el mayor componente de la esperanza de vida con limitaciones cognitivas corresponde a los años de vida con limitaciones aportados por el grupo de personas que respondieron “sí, alguna dificultad” (0,5 de un total de 0,8 años para varones, y 0,9 de un total de 1,3 años para mujeres, en el grupo de edad de 60 a 64 años). En ese sentido, debe tenerse en cuenta que el deterioro cognitivo leve es el que se asocia a la mayor resiliencia. La operacionalización sería entonces atingente a los objetivos sustantivos de estimar la esperanza de vida con limitaciones cognitivas —como obtener información acerca de las necesidades de cuidado y la autonomía de la persona mayor, entre otros aspectos—, además de ser útil para facilitar la comparabilidad internacional.

Uruguay: esperanza de vida, y esperanza de vida libre de limitaciones cognitivas, esperanza de vida con limitaciones cognitivas y proporción de vida libre de limitaciones cognitivas a nivel global y por nivel de la dificultad, según sexo y edad, alrededor de 2010

Cuadro 4

Grupo de edad (en años)	Varones											
	Limitación cognitiva global			Si, alguna dificultad			Si, mucha dificultad			Si, no puede hacerlo		
	Esperanza de vida libre de limitaciones cognitivas (en años)	Proporción de vida libre de limitaciones cognitivas (en porcentajes)	Esperanza de vida con limitaciones cognitivas (en años)	Esperanza de vida libre de limitaciones cognitivas (en años)	Proporción de vida libre de limitaciones cognitivas (en porcentajes)	Esperanza de vida libre de limitaciones cognitivas (en años)	Esperanza de vida libre de limitaciones cognitivas (en años)	Proporción de vida libre de limitaciones cognitivas (en porcentajes)	Esperanza de vida libre de limitaciones cognitivas (en años)	Esperanza de vida libre de limitaciones cognitivas (en años)	Proporción de vida libre de limitaciones cognitivas (en porcentajes)	Esperanza de vida libre de limitaciones cognitivas (en años)
60-64	18,7	96,6	0,8	18,2	97,1	0,5	18,6	99,1	0,2	18,7	99,7	0,0
65-69	15,2	96,1	0,7	14,7	96,6	0,5	15,1	99,0	0,2	15,2	99,7	0,0
70-74	12,1	95,5	0,7	11,6	95,9	0,5	12,0	98,8	0,1	12,1	99,6	0,0
75-79	9,4	94,8	0,7	8,9	95,0	0,5	9,3	98,5	0,1	9,4	99,5	0,0
80-84	7,2	94,3	0,6	6,7	93,7	0,5	7,0	98,0	0,1	7,1	99,3	0,0
85-89	5,4	92,1	0,6	4,9	91,9	0,4	5,2	97,4	0,1	5,3	99,2	0,0
90 y más	4,0	85,7	0,6	3,6	89,9	0,4	3,8	96,8	0,1	3,9	99,1	0,0
Mujeres												
60-64	23,4	94,3	1,3	22,4	96,0	0,9	23,1	98,7	0,3	23,3	99,6	0,1
65-69	19,3	93,5	1,3	18,4	95,4	0,9	19,0	98,5	0,3	19,2	99,5	0,1
70-74	15,4	92,2	1,2	14,6	94,6	0,8	15,2	98,2	0,3	15,3	99,4	0,1
75-79	12,0	90,5	1,1	11,2	93,6	0,8	11,7	97,8	0,3	11,9	99,2	0,1
80-84	9,0	88,1	1,1	8,3	92,2	0,7	8,7	97,0	0,3	8,9	98,9	0,1
85-89	6,5	85,0	1,0	5,8	90,4	0,6	6,2	96,0	0,3	6,4	98,5	0,1
90 y más	4,5	81,2	0,8	4,0	88,4	0,5	4,2	94,8	0,2	4,4	98,1	0,1

Fuente: Elaboración propia, sobre la base de Instituto Nacional de Estadística (INE), Censos 2011; Estimaciones y proyecciones de la población de Uruguay: metodología y resultados. Revisión 2013, Montevideo, 2014.

5. Las mediciones objetivas de la esperanza de vida libre de limitaciones cognitivas permanentes y la esperanza de vida con limitaciones cognitivas permanentes

El autoinforme de salud y enfermedad es ampliamente utilizado en las estadísticas sociales porque ofrece una visión global y comprensiva de las percepciones que la propia población posee y que le permiten orientar sus demandas de atención. Sin embargo, como se ha argumentado, un análisis más abarcador debe incluir datos provenientes de registros médicos o encuestas que incorporen la medición experta. Es ampliamente conocido que la producción de información objetiva sobre enfermedades crónicas, limitaciones permanentes y capacidad funcional típicamente se realiza en contextos clínicos y es costosa, por lo que no siempre está disponible en países con ingresos económicos medios y bajos. En la actualidad, son pocos los países de América Latina que cuentan con este tipo de datos. En este estudio se compararon muestras homólogas de Chile y Costa Rica para estimar la brecha entre las medidas subjetivas o internas y las objetivas o externas del deterioro cognitivo en personas mayores. En el caso de Costa Rica, se utilizó la muestra del estudio “Costa Rica: Estudio de Longevidad y Envejecimiento Saludable (CRELES)” (Rosero-Bixby, Fernández y Dow, 2005). En Chile, los datos se extrajeron de la Encuesta Nacional de Dependencia de las Personas Mayores, de 2009, realizada por el Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos (INTA) de la Universidad de Chile por encargo del Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA) (SENAMA/INTA, 2014).

Para realizar la medición objetiva, se utilizó un instrumento psicométrico de tamizaje clínico adaptado a contextos de encuestas. Este instrumento está basado en el miniexamen del estado mental (Folstein, Folstein y McHugh, 1975) y en el cuestionario de actividad funcional de Pfeffer (Pfeffer y otros, 1982). Un entrevistado se clasifica como afectado por limitación cognitiva si obtiene 12 puntos o menos en el miniexamen del estado mental y 6 puntos o más en el cuestionario. En el caso costarricense también se clasificó a los entrevistados, a juicio del entrevistador, como personas con limitación cognitiva si la entrevista era concedida por un informante delegado, como criterio sustitutivo del puntaje del mencionado miniexamen.

En el cuadro 5 se muestran los años esperados de vida con y sin limitaciones cognitivas permanentes a los 60 y 80 años de edad, según sexo, estimados sobre la base de fuentes de datos subjetivas (el autoinforme de salud) y objetivas (el miniexamen del estado mental y el cuestionario de actividad funcional de Pfeffer).

Cuadro 5

Chile y Costa Rica: esperanza de vida libre de limitaciones cognitivas permanentes y esperanza de vida con limitaciones cognitivas permanentes a los 60 y 80 años de edad, estimadas sobre la base de mediciones subjetivas y objetivas, por país y sexo, alrededor de 2010
(En número de años)

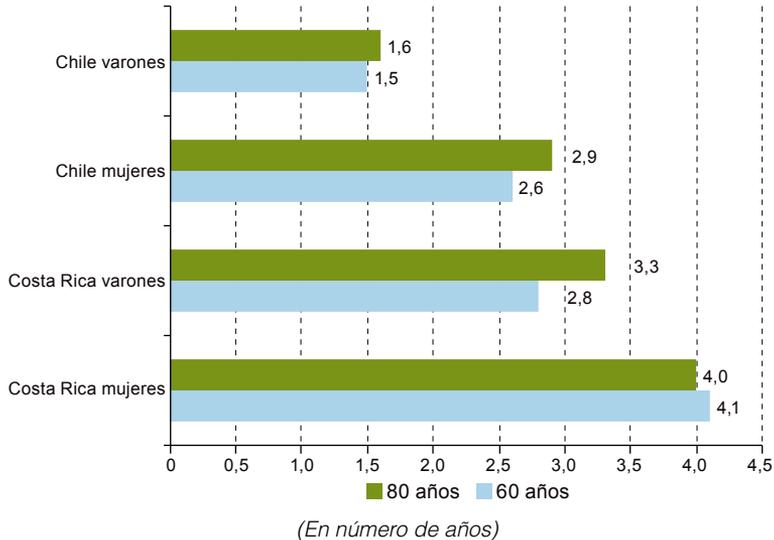
País	Varones				Mujeres			
	A los 60 años		A los 80 años		A los 60 años		A los 80 años	
	Medición subjetiva	Medición objetiva						
Esperanza de vida libre de limitaciones cognitivas permanentes								
Chile	22,5	21,0	9,3	7,7	26,3	23,7	11,2	8,3
Costa Rica	21,8	18,9	8,6	5,3	24,5	20,4	9,6	5,6
Esperanza de vida con limitaciones cognitivas permanentes								
Chile	0,5	2,0	0,5	2,1	0,9	3,5	0,7	3,6
Costa Rica	0,6	3,4	0,4	3,7	0,8	4,9	0,6	4,6

Fuente: Elaboración propia, sobre la base de L. Rosero-Bixby, X. Fernández y W. Dow, "Costa Rica: Estudio de Longevidad y Envejecimiento Saludable (CRELES)", San José, Universidad de Costa Rica (UCR), 2005 [en línea] <http://ccp.ucr.ac.cr/creles/>; Ministerio de Desarrollo Social, Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) 2011.

El análisis de la información indica que en ambos países la autopercepción subestima las limitaciones cognitivas permanentes en relación con la medición efectuada por expertos, en muestras estadísticamente comparables de población. Por otra parte, se encontraron diferencias entre los dos países: la magnitud de la brecha es mayor en Costa Rica que en Chile, y en general es mayor para las mujeres que para los hombres (véase el gráfico 3). Además, la diferencia es mayor a los 80 que a los 60 años (excepto entre las mujeres costarricenses). Esta mayor brecha a los 80 años nuevamente es coherente con la mayor prevalencia de limitaciones cognitivas a edades más avanzadas, pues la medición objetiva o clínica es más sensible para detectar casos de deterioro cognitivo.

Gráfico 3

Chile y Costa Rica: brechas entre las mediciones objetivas y subjetivas de la esperanza de vida con limitaciones cognitivas permanentes a los 60 y 80 años de edad por país y sexo, alrededor de 2010



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de L. Rosero-Bixby, X. Fernández y W. Dow, "Costa Rica: Estudio de Longevidad y Envejecimiento Saludable (CRELES)", San José, Universidad de Costa Rica (UCR), 2005 [en línea] <http://ccp.ucr.ac.cr/creles/>; Ministerio de Desarrollo Social, Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) 2011.

Conclusiones

Las medidas subjetivas de los censos nacionales y la encuesta CASEN chilena, obtenidas mediante la aplicación de las preguntas del Grupo de Washington sobre Estadísticas de la Discapacidad, facilitan la comparación entre la esperanza de vida con limitaciones cognitivas y la esperanza de vida sin ellas, realizada por primera vez para los países de la región. Aunque la formulación de las preguntas presentó diferencias semánticas si se comparan entre sí los seis países estudiados, los resultados fueron coherentes con los perfiles demográficos y epidemiológicos nacionales, lo que permitió la comparación entre los países.

El examen crítico de las medidas subjetivas se realizó mediante la comparación con medidas objetivas en muestras comparables de población de Chile y Costa Rica. Se observó que las medidas obtenidas por autoinforme subestiman la prevalencia de limitaciones cognitivas permanentes en relación con aquellas obtenidas a través de la aplicación experta del miniexamen del estado mental y el cuestionario de actividad funcional de Pfeffer. Las razones de la subestimación podrían estar en la línea de lo enunciado por Sen (2002) sobre los países con menores niveles educativos y recursos de salud, a saber: que la población suele considerar normales algunos síntomas o signos que se pueden prevenir o tratar. En el

caso de los países latinoamericanos, la longevidad de la población es un fenómeno reciente. Por lo tanto, las demencias y el deterioro cognitivo asociados con la edad extrema todavía no son reconocidos como trastornos de la senilidad y suelen ser clasificados como problemas de salud mental o psiquiátricos aun en los sistemas de atención médica.

Por otra parte, las características de los operativos censales pueden influir negativamente en la captación del sentido de las preguntas por parte de la población. Al respecto, los resultados de este estudio ponen de manifiesto la conveniencia de estudiar formas específicas de indagación para mejorar las respuestas sobre deterioro cognitivo asociado con la senilidad. Además, en los censos de la ronda de 2020 sería necesario profundizar en la homologación de las preguntas y las categorías de respuesta adoptando las sugerencias del Grupo de Washington. El indicador de esperanza de vida saludable es apto para el seguimiento histórico comparado de la evolución de la calidad de vida de las poblaciones latinoamericanas en las distintas fases de sus transiciones demográficas y epidemiológicas. En general, el hecho de que existan brechas entre la medición objetiva y la medición subjetiva de la esperanza de vida con limitaciones cognitivas no invalida el uso de las baterías de preguntas recomendadas por el Grupo de Washington. Por el contrario, en el presente trabajo quedó en evidencia el gran valor de la estandarización de los cuestionarios censales para la comparabilidad internacional. Las similitudes de los valores obtenidos en los países incluidos en el estudio aseguran la confiabilidad de los indicadores. De igual manera, el hallazgo de que el Uruguay y la Argentina tienen porcentajes de esperanza de vida con limitaciones cognitivas más altos que su vecino, el Brasil, a pesar de tener esperanzas de vida mayores, sugiere que los resultados del estudio se pueden utilizar como un insumo para elaborar políticas públicas que logren controlar o reducir la aparentemente mayor carga de morbilidad o discapacidad de estos países.

Bibliografía

- Albala, C. y otros (2005), “Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE): metodología de la encuesta y perfil de la población estudiada”, *Revista Panamericana de Salud Pública*, vol. 17, N° 5-6, Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud (OPS).
- Andrade, F. y otros (2014), “Life expectancy with and without cognitive impairment among Brazilian older adults”, *Archives of Gerontology and Geriatrics*, vol. 58, N° 2, Amsterdam, Elsevier, marzo-abril.
- Ashby-Mitchell, K. y otros (2015), “Life expectancy with and without cognitive impairment in seven Latin American and Caribbean countries”, *PLOS ONE*, vol. 10, N° 3, San Francisco, PLOS.
- Belliard, M., C. Massa y N. Redondo (2013), “Análisis comparado de la esperanza de vida con salud en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires”, *Población de Buenos Aires*, vol. 10, N° 18, Buenos Aires, Dirección General de Estadística y Censos, octubre.
- Beltrán-Sánchez, H. y F. Andrade (2013), “Educational and sex differentials in life expectancies and disability-free life expectancies in São Paulo, Brazil, and urban areas in Mexico”, *Journal of Aging and Health*, vol. 25, N° 5, Thousand Oaks, SAGE Publications.
- Campolina, A. y otros (2014), “Expansion of morbidity: trends in healthy life expectancy of the elderly population”, *Revista da Associação Médica Brasileira*, vol. 60, N° 5, Amsterdam, Elsevier.

- Cesari, M. y otros (2008), "Physical function and self-rated health status as predictors of mortality: results from longitudinal analysis in the iSIRENTE study", *BMC Geriatrics*, vol. 8, N° 34, Berlín, Springer.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2014), *Informe regional sobre la medición de la discapacidad: una mirada a los procedimientos de medición de la discapacidad en América Latina y el Caribe* (LC/L.3860(CE.13/3)), Santiago, julio.
- (2013), *Panorama Social de América Latina, 2012* (LC/G.2557-P), Santiago, enero.
- Crimmins, E. y otros (2009), "Changes in disability-free life expectancy for americans 70 years old and older", *Demography*, vol. 46, N° 3, Silver Spring, Asociación Demográfica de los Estados Unidos, agosto.
- Di Cesare, M. (2011), "El perfil epidemiológico de América Latina y el Caribe: desafíos, límites y acciones", *Documentos de Proyectos* (LC/W.395), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), abril.
- Fernández-Ruiz, M. y otros (2013), "The ability of self-rated health to predict mortality among community-dwelling elderly individuals differs according to the specific cause of death: data from the NEDICES Cohort", *Gerontology*, vol. 59, N° 4, Basilea, Kagel.
- Folstein, M., S. Folstein y P. McHugh (1975), "Mini-mental state: a practical method for grading the clinician", *Journal of Psychiatric Research*, vol. 12, Oxford, Pergamon Press.
- Fortes, T., M. Portuguese e I. Argimon (2009), "A resiliência em idosos e sua relação com variáveis sociodemográficas e funções cognitivas", *Estudos de Psicologia (Campinas)*, vol. 26, N° 4, São Paulo, Pontificia Universidad Católica de Campinas.
- Frenk, J. y otros (1991), "La transición epidemiológica en América Latina", *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, vol. 111, N° 6, Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud (OPS), diciembre.
- (1989), "Health transition in middle-income countries: new challenges for health care", *Health Policy and Planning*, vol. 4, N° 1, Oxford, Oxford University Press, marzo.
- Glei, D. y otros (2016), "Predicting survival from telomere length versus conventional predictors: a multinational population-based cohort study", *PLOS ONE*, vol. 11, N° 4, San Francisco, PLOS.
- Gómez-Batiste, X. y otros (2014), "Prevalence and characteristics of patients with advanced chronic conditions in need of palliative care in the general population: across-sectional study", *Palliative Medicine*, vol. 28, N° 4, Thousand Oaks, SAGE Publications.
- Hirve, S. y otros (2012), "Does self-rated health predict death in adults aged 50 years and above in India? Evidence from a rural population under health and demographic surveillance", *International Journal of Epidemiology*, vol. 41, N° 6, Oxford, Oxford University Press, diciembre.
- INEC (Instituto Nacional de Estadística y Censos) (2016), *Panorama Demográfico 2015*, San José, diciembre.
- Jagger, C. y otros (2001), "Patterns of onset of disability in activities of daily living with age", *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 49, N° 4, Hoboken, Wiley, abril.
- Jürges, H. (2007), "True health vs. response styles: exploring cross-country differences in self-reported health", *Health Economics*, vol. 16, N° 2, Hoboken, Wiley, febrero.
- Lee, S. y N. Schwarz (2014), "Question context and priming meaning of health: effect on differences in self-rated health between Hispanics and non-Hispanic Whites", *American Journal of Public Health*, vol. 104, N° 1, Washington, D.C., Asociación Estadounidense de Salud Pública.
- Masseria, C. y otros (2007), *What are the methodological issues related to measuring health and drawing comparisons across countries?*, Bruselas, Comisión Europea.

- Mathers, C. y J. Robine (1997), "How good is Sullivan's method for monitoring changes in population health expectancies", *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 51, N° 1, Londres, BMJ Publishing Group, febrero.
- Minicuci, N. y otros (2011), "Disability-free life expectancy: a cross-national comparison among Bulgarian, Italian, and Latin American older population", *Journal of Aging and Health*, vol. 23, N° 4, Thousand Oaks, SAGE Publications, junio.
- National Gold Standards Framework Centre (2006), "Prognostic Indicator Guidance to aid identification of adult patients with advanced disease, in the last months/year of life, who are in need of supportive and palliative care. Version 2.25", Shrewsbury, julio.
- OPS (Organización Panamericana de la Salud) (2015), "Estrategia y plan de acción sobre demencias en las personas mayores", documento presentado en el 54ª reunión del Consejo Directivo, Washington, D.C., 28 de septiembre a 2 de octubre [en línea] <http://www.mayoreasaludables.org/sites/default/files/2017-03/CD54-%20SPA.pdf>.
- Payne, C. (2018), "Aging in the Americas: disability-free life expectancy among adults aged 65 and older in the United States, Costa Rica, Mexico, and Puerto Rico", *The Journals of Gerontology: Series B*, vol. 73, N° 2, Oxford, Oxford University Press, marzo.
- Pfeffer, R. y otros (1982), "Measurement of functional activities in older adults in the community", *Journal of Gerontology*, vol. 37, N° 3, Oxford, Oxford University Press, mayo.
- Pongiglione, B., B. De Stavola y G. Ploubidis (2015), "A systematic literature review of studies analyzing inequalities in health expectancy among the older population", *PLOS ONE*, vol. 10, N° 6, San Francisco, PLOS.
- Rasmussen, H., M. Scheier y J. Greenhouse (2009), "Optimism and physical health: a meta-analytic review", *Annals of Behavioral Medicine*, vol. 37, N° 3, Oxford, Oxford University Press, junio.
- Redondo, N. y otros (coords.) (2013), *Esperanza de vida saludable en Argentina, 2010*, Buenos Aires, Ministerio de Salud.
- Rosero-Bixby, L. y W. Dow (2012), "Predicting mortality with biomarkers: a population-based prospective cohort study for elderly Costa Ricans", *Population Health Metrics*, vol. 10, Berlín, Springer.
- Rosero-Bixby, L., X. Fernández y W. Dow (2005), "Costa Rica: Estudio de Longevidad y Envejecimiento Saludable (CRELES)", San José, Universidad de Costa Rica (UCR) [en línea] <http://ccp.ucr.ac.cr/creles/>.
- Saito, Y., J. M. Robine y E. Crimmins (2014), "The methods and materials of health expectancy", *Statistical Journal of the IAOS*, vol. 30, Amsterdam, IOS Press.
- Salomón, J. y otros (2012), "Healthy life expectancy for 187 countries, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden Disease Study 2010", *The Lancet*, vol. 380, N° 9859, Amsterdam, Elsevier, diciembre.
- Sen, A. (2002), "Health: perception versus observation. Self reported morbidity has severe limitations and can be extremely misleading", *BMJ*, vol. 324, Londres, abril.
- SENAMA/INTA (Servicio Nacional del Adulto Mayor/Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos) (2014), *Estudio Nacional de la Dependencia en las Personas Mayores*, Santiago.
- Van der Heyden, J. y otros (2014), "Reliability and validity of a global question on self-reported chronic morbidity", *Journal of Public Health*, vol. 22, N° 4, Berlín, Springer, agosto.
- Wolff, L. y otros (2010), "Compared to whom? Subjective social status, self-rated health, and referent group sensitivity in a diverse US sample", *Social Science & Medicine*, vol. 70, N° 12, Amsterdam, Elsevier, junio.