

# Prevalencia, distribución geográfica y variables sociodemográficas de discapacidad en el censo de población y vivienda 2020

Felipe J. Uribe-Salas 

Departamento de Estudios de Población, El Colegio de la Frontera Norte, Monterrey, Nuevo León, México

## Resumen

**Antecedentes:** En los últimos años se ha pasado de definir la discapacidad desde una perspectiva médica a hacerlo desde un punto de vista estructural y social. **Objetivo:** Analizar la prevalencia de discapacidad y su distribución por entidades federativas (EF), tamaño de la población y características sociales en el Censo de Población y Vivienda 2020 (CPV\_2020). **Material y métodos:** Se recabó información demográfica y sobre discapacidad del CPV\_2020, y nivel de marginación del Consejo Nacional de Población. Se realizó un ajuste de la prevalencia de discapacidad por grupos de edad. Se analizó su distribución por sexo, edad, EF, tamaño de la población, índice de marginación y población sin acceso a servicios de salud. **Resultados:** Se presentaron variaciones de la prevalencia de discapacidad por sexo, edad, EF y tamaño de la población. El índice de marginación estuvo asociado significativamente con la prevalencia de discapacidad. **Conclusiones:** En México, las estructuras demográficas y geográficas de la población tienen gran efecto en la prevalencia de discapacidad, como lo muestran sus variaciones por sexo, edad, EF y tamaño de la población. En cuanto a la estructura social, el indicador de rezago social indica que la prevalencia de discapacidad tiende a ser mayor en las poblaciones con mayor rezago social.

**PALABRAS CLAVE:** Discapacidad. Distribución geográfica. Entidades federativas. México.

## Prevalence, geographic distribution, and sociodemographic variables of disability in the 2020 population and housing census

## Abstract

**Background:** In recent years, the definition of disability has shifted from a medical perspective to a structural and social one. **Objective:** To analyze the prevalence and distribution of disability by federal entity (FE), population size, and sociodemographic characteristics using data from the 2020 Population and Housing Census (CPV\_2020). **Material and methods:** Demographic and disability information was collected from the CPV\_2020 and marginalization level of the National Population Council. Disability prevalence was adjusted by age group. Their distribution was analyzed by sex, age, FE, population size, marginalization index and population without access to health services. **Results:** The prevalence of disability varied by sex, age, FE, and population size. The marginalization index was significantly associated with the prevalence of disability. **Conclusions:** In Mexico, the demographic and geographic structures of the population have a great effect on the prevalence of disability, as shown by their variations by sex, age, FE and population size. In terms of social structure, the marginalization index indicates that the prevalence of disability tended to be higher in the populations with greater social backwardness.

**KEYWORDS:** Disability. Geographic distribution. Federal entities. Mexico.

### Correspondencia:

Felipe J. Uribe Salas  
E-mail: [fjuribe@colef.mx](mailto:fjuribe@colef.mx)

Fecha de recepción: 03-03-2025

Fecha de aceptación: 22-05-2025

DOI: 10.24875/GMM.25000092

Gac Med Mex. 2025;161:546-553

Disponible en PubMed

[www.gacetamedicademexico.com](http://www.gacetamedicademexico.com)

0016-3813/© 2025 Academia Nacional de Medicina de México, A.C. Publicado por Permanyer. Este es un artículo *open access* bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## Introducción

Durante la primera década del siglo XXI se estableció que el concepto de discapacidad no se reduce a calificar el decremento de las funciones del organismo asociadas a condiciones de salud, sino que también abarca la forma en que ese decremento es experimentado como impedimento, limitación de la actividad o restricción de la participación en un contexto social determinado.<sup>1</sup> Con ello se ha pasado de una perspectiva individual y médica a una estructural y social sobre la discapacidad.<sup>2</sup> La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) considera el modelo médico de discapacidad como un problema individual causado por una enfermedad, un trauma o una condición de salud que requiere atención biomédica, en tanto que el modelo social considera la discapacidad como un problema que involucra la actividad de las personas en una estructura social determinada.<sup>3</sup> Una forma de identificar las barreras estructurales para la integración de las personas con discapacidad es compararlas con las no clasificadas en esa categoría y examinar si existe un acceso diferencial entre ambas a los sistemas de salud, educación, trabajo y esparcimiento. Así, el funcionamiento de un individuo en una actividad determinada resulta de una interacción compleja de condiciones de salud y factores contextuales y estructurales.<sup>3</sup>

Con el fin de hacer operativas las categorías de discapacidad planteadas por la CIF, el Washington Group on Disability Statistics<sup>4</sup> propuso una metodología para obtener información válida y comparable entre regiones y países mediante un cuestionario cuya versión corta incluye preguntas en seis aspectos funcionales: ver, oír, caminar, cognición, autocuidado y comunicación. Las opciones de respuesta tienen cuatro categorías que capturan un espectro de leve a grave.<sup>5</sup> En México, el Censo de Población y Vivienda de 2020 (CPV\_2020) incluyó una sección de preguntas sobre discapacidad basadas en dicho cuestionario para obtener tres tipos de población: con discapacidad (abarca personas que tienen mucha dificultad para realizar tareas de la vida diaria o no pueden hacerlas), con limitación (personas que tienen poca dificultad para realizar tareas de la vida diaria) y sin discapacidad ni limitación.<sup>6</sup>

Este abordaje sobre discapacidad<sup>5</sup> ha sido aplicado en diferentes poblaciones de diversos países. En Marruecos se reportó una prevalencia global de

discapacidad de 9.5% y estuvo relacionada con el sexo, la escolaridad, la ocupación y la región geográfica.<sup>7</sup> La prevalencia global de discapacidad en dos regiones de Sudáfrica fue de 9.7%, encontrando diferencias por regiones, sexo, edad, ocupación e ingreso.<sup>8</sup> En Paraguay se estudiaron 999 personas en un contexto hospitalario de problemas oculares, encontrando una prevalencia de discapacidad del 27.7%.<sup>9</sup> En Uganda, en personas a partir de 50 años de edad, se reportó una prevalencia global de discapacidad del 32.6%, que estuvo asociada con mayor edad, residencia rural, vivir solo, estar separado, divorciado o viudo, y padecer enfermedades crónicas.<sup>10</sup> Para 2015, en México se reportó que el porcentaje de niños de entre 2 y 4 años de edad con dificultades funcionales graves fue del 2%, y en niños de entre 5 y 17 años fue del 11.2%,<sup>11,12</sup> con variaciones por residencia urbana o rural, educación de la madre, quintil de índice de riqueza y población indígena o no indígena. La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de 2022 evaluó las «dificultades del funcionamiento» por grupos de edad, reportando prevalencias del 3.9%, el 16.7% y el 9.7% para los grupos de edad de 2 a 4 años, de 5 a 17 años y de 18 años o más, mostrando diferencias por sexo, residencia urbana o rural, índice de bienestar y región geográfica.<sup>13</sup> Lo anterior indica que las variaciones en las magnitudes de discapacidad dependen de la definición que de ella se establezca, del diseño muestral, del tamaño de la muestra y de las propias características sociodemográficas del país o región bajo estudio. Cabe destacar que las características estructurales relacionadas con la discapacidad, en los trabajos mencionados, se basaron en el análisis de su relación con variables como el sexo, la edad, la escolaridad, la ocupación, el ingreso, la región geográfica, etc.

El presente trabajo tiene como objetivo evaluar la prevalencia de discapacidad, su distribución geográfica por entidades federativas (EF) y tamaño de la población, y su relación con factores sociodemográficos, utilizando información del CPV\_2020.

## Material y métodos

Se utilizó un diseño ecológico para analizar información demográfica, discapacidad y acceso a servicios de salud del CPV\_2020.<sup>14</sup> También se consultaron los tabulados interactivos de población sobre salud y seguridad social, así como información demográfica por sexo, y grupos quinquenales de

edad por EF.<sup>15</sup> Las unidades de análisis fueron las EF. Se utilizó el índice de marginación normalizado, elaborado por el Consejo Nacional de Población como un indicador de rezago social.<sup>16</sup> En la construcción de este índice se utilizó información del CPV\_2020 para realizar un cálculo a partir de indicadores relacionados con educación, vivienda, infraestructura y acceso a servicios básicos en los ámbitos estatal y municipal.<sup>17</sup> La definición de discapacidad en el CPV\_2020 comprende a las personas que declararon tener «muchoa dificultad» o «no poder hacerla» en uno o más dominios de actividad, como ver, oír, caminar, bañarse, hablar o recordar.<sup>6</sup> Se obtuvo la prevalencia cruda de discapacidad. Para cada EF se realizó un ajuste de la prevalencia de discapacidad por grupos de edad y por sexo siguiendo el método directo,<sup>18</sup> calculado en el programa Excel, versión 2021. Se construyó una pirámide de población con las prevalencias específicas de discapacidad por grupos de edad y sexo en el programa MATrix LABoratory (MATLAB R2025a). Se graficó la distribución de las prevalencias crudas y ajustadas por edad y por sexo para cada EF en el programa Excel. Las tasas ajustadas de discapacidad concretas para cada EF se proyectaron en un mapa y se clasificaron por cuartiles de su distribución en MATLAB R2025. Con el fin de evaluar si había diferencias entre las magnitudes de discapacidad entre las EF clasificadas en cada cuartil, se realizó un análisis no paramétrico de Kruskal-Wallis y un análisis *post hoc* de Games-Howell.

Se evaluaron las tasas específicas de discapacidad global y el número acumulado de discapacidades entre 1 y 4 que fueron estratificadas por 14 categorías del tamaño de la población. Mediante una matriz de dispersión se evaluaron las correlaciones entre las variables de discapacidad global y de 1 a 4, etiquetando por el tamaño de la población, con MATLAB R2025. Se evaluaron las causas de discapacidad por grupos de edad, lo cual fue expresado en una gráfica realizada en el programa Excel. Con el fin de evaluar el efecto del índice de marginación y la ausencia de derechos a servicios de salud sobre la prevalencia ajustada de discapacidad, se realizó un análisis de regresión lineal múltiple. De las tres variables, la dependiente y las independientes, solo el índice de marginación no tuvo una distribución normal, por lo que esta fue sometida a su transformación mediante la función inversa en el programa SPSS, versión 22. Se calcularon rangos fraccionales a la variable de interés. En seguida se utilizó la función GL inversos

y en ella la opción *idf.normal* ( $p$ , media, *desv\_típica*), que devuelve el valor de la distribución normal. Se utilizó el método *enter*, donde la variable dependiente fue la prevalencia ajustada de discapacidad y las independientes fueron la ausencia de derechos a servicios de salud y el índice de marginación. Se evaluaron los supuestos del modelo de regresión lineal múltiple como: a) relación lineal entre la variable dependiente y las independientes, b) independencia de residuos, c) homocedasticidad, d) distribución normal de errores y e) multicolinealidad.<sup>19</sup>

## Resultados

La distribución de las tasas ajustadas por edad de discapacidad y estratificadas por sexo y EF se presentan en la figura 1. Se observa una distribución lineal ascendente según la magnitud de las prevalencias ajustadas que contrasta con la distribución de las prevalencias crudas, las cuales muestran picos positivos o negativos según las EF. Además, las tasas ajustadas por edad para las mujeres van por encima de las de los hombres en casi todas las EF. La figura 2 ilustra la distribución de las prevalencias de discapacidad ajustadas por edad para cada EF. La clasificación de éstas en cuartiles muestra diferencias en las magnitudes de discapacidad. Los resultados de la prueba de Kruskal-Wallis indican que al menos uno de los rangos promedio de los cuartiles es diferente ( $p = 0.006$ ). La prueba *post hoc* de Games-Howell reportó que solo difieren significativamente en magnitud las EF clasificadas en el primer cuartil de menores prevalencias respecto del último cuartil de mayores prevalencias ( $p = 0.02$ ). La figura 3 muestra la distribución de las prevalencias específicas de discapacidad por grupos quinquenales de edad y por sexo. Se observa que las prevalencias se mantienen bajas y estables hasta el quinquenio de 35-39 años, y ligeramente menores para las mujeres. A partir del quinquenio de 40-44 años, las prevalencias se incrementan y paulatinamente aumentan más en las mujeres que en los hombres.

La figura 4 muestra la dispersión matricial de las proporciones de las discapacidades global y por número acumulado de 1 a 4 discapacidades en su distribución por 14 categorías del tamaño de la población; es decir, se trata de porcentajes específicos de discapacidad por el tamaño de la población. Se observan correlaciones lineales significativas entre discapacidades, es decir, entre quienes tuvieron discapacidad global y aquellos que tuvieron de 1 a 4

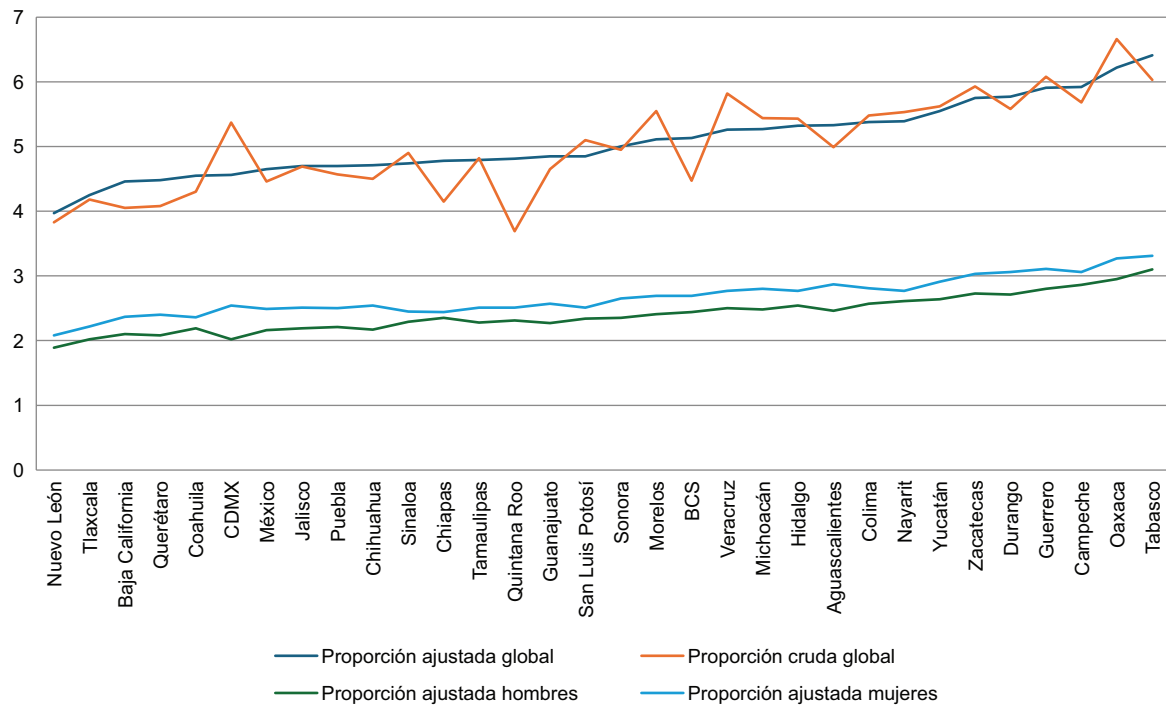
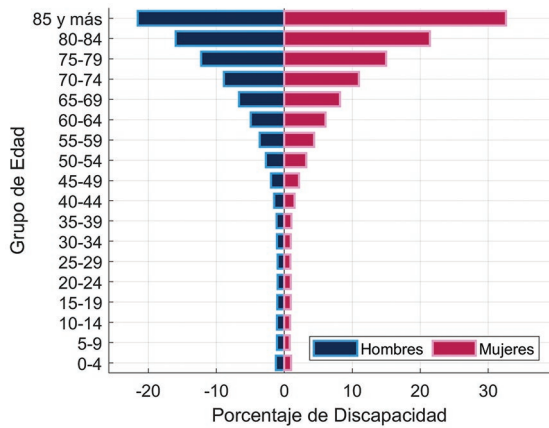


Figura 1. Prevalencias de discapacidad ajustadas por edad y prevalencia cruda de discapacidad y distribución por sexo, según entidades federativas, en el Censo de Población y Vivienda 2020 (fuente: Censo de Población y Vivienda 2020, INEGI<sup>14,15</sup>).



Figura 2. Distribución de las prevalencias de discapacidad ajustadas por edad según datos específicos para entidades federativas y cuartiles de magnitud. Cuartil 1: Nuevo León, Tlaxcala, Baja California, Querétaro, Coahuila, Ciudad de México, México, Jalisco, Puebla. Cuartil 2: Chihuahua, Sinaloa, Chiapas, Tamaulipas, Quintana Roo, Guanajuato, San Luis Potosí. Cuartil 3: Sonora, Morelos, Baja California Sur, Veracruz, Michoacán, Hidalgo, Aguascalientes, Colima. Cuartil 4: Nayarit, Yucatán, Zacatecas, Durango, Guerrero, Campeche, Oaxaca, Tabasco (fuente: Censo de Población y Vivienda 2020, INEGI<sup>15</sup>).



**Figura 3.** Pirámide inversa de la prevalencia de discapacidad por grupos de edad y sexo para la República Mexicana, 2020 (fuente: Censo de Población y Vivienda 2020, INEGI<sup>15</sup>).

discapacidades, utilizando el coeficiente de Spearman. Lo que destaca la dispersión matricial es que, al etiquetar la distribución de las discapacidades por el tamaño de la población, los componentes de esta variable se reflejan en la dispersión de los valores de las discapacidades, indicando que, a mayor proporción de discapacidad, menor tamaño de la población, y viceversa.

La figura 5 ilustra la distribución de las causas de discapacidad por grupos de edad. Los resultados indican que las causas por nacimiento se acumulan en los grupos de menor edad, y en cambio la enfermedad tiende a elevarse en los grupos de 30 a 59 años. Las proporciones de las causas de discapacidad por accidente son bajas y se acumulan en el grupo de edad de 30 a 59 años. Un resultado esperado se relaciona con las causas por edad avanzada, cuya frecuencia es alta en los grupos de edad correspondientes. En cuanto al modelo de regresión lineal múltiple, los coeficientes  $\beta$  estandarizados fueron  $-0.079$  para la población sin derecho a servicios de salud ( $p = 0.658$ ) y  $-0.541$  para el índice de marginación ( $p = 0.005$ ). El último coeficiente indica que, a mayor puntaje en el índice de marginación, menor prevalencia de discapacidad, y viceversa. En la nota técnica para la construcción del índice de marginación se indica que, a mayor puntaje, menor marginación, y viceversa.<sup>16</sup> La bondad de ajuste del modelo mostró un coeficiente de determinación ajustado de 0.213, lo que indica que el modelo explica el 21% de la varianza. Además, el valor de distribución de F en la prueba de ANOVA fue de  $1.197/0.237 = 5.059$  ( $p = 0.013$ ), que indica la existencia de una relación lineal significativa

**Tabla 1.** Regresión lineal múltiple entre la prevalencia ajustada de discapacidad y la proporción de la población sin derecho a servicios de salud y la función inversa del índice de marginación

Modelo*	Variable	b	ES	$\beta$	p	VIF
Único	Constante	7.393	0.924		< 0.001	
	PSINDER	-0.008	0.017	-0.079	0.658	1.178
	Índice de marginación	-2.966	0.964	-0.541	0.005	1.178

PSINDER: población sin derecho a servicios de salud; VIF: factor de inflación de la varianza.

\*Se utilizó el método *enter* con la introducción directa de las variables independientes.

entre la variable dependiente y las variables independientes (Tabla 1).

## Discusión

La distribución de la prevalencia de discapacidad ajustada por grupos de edad por cada EF mostró una tendencia similar a la cruda; sin embargo, la segunda mostró picos positivos o negativos indicativos de que su magnitud estuvo afectada por la estructura de edad de la población en varias EF. Los picos positivos, que sobrestimaron la prevalencia, se presentaron en la Ciudad de México, Morelos, Veracruz y Oaxaca. La prevalencia fue subestimada en Chiapas, Quintana Roo y Baja California Sur. La distribución de la prevalencia de discapacidad ajustada por edad fue ligeramente mayor para las mujeres que para los hombres en todas las EF. En México, en un estudio se reportaron estimaciones de las prevalencias de discapacidad, pero analizando por separando tres grupos de edad.<sup>13</sup> Para adultos se encontró una prevalencia mayor en las mujeres (52%) que en los hombres (48%), lo cual es concordante con los resultados de este trabajo. No obstante, al no hacer un ajuste de la discapacidad por la estructura de edad de la población completa, no es posible hacer comparaciones con los resultados de este estudio.

Como resultado de clasificar la distribución de la discapacidad ajustada en cuartiles proyectados en el mapa, se encontró una diferencia significativa entre las EF clasificadas en el primero y el último cuartiles. Esta información orienta a profundizar las razones por las que Nayarit, Yucatán, Zacatecas, Durango, Guerrero, Campeche, Oaxaca y Tabasco presentaron las mayores frecuencias de discapacidad en México. La estrategia de realizar una regionalización *a priori* impide clasificar las magnitudes de discapacidad por cada EF en algunos trabajos.<sup>13,20</sup> En contraste, la presente investigación está en línea con un estudio con

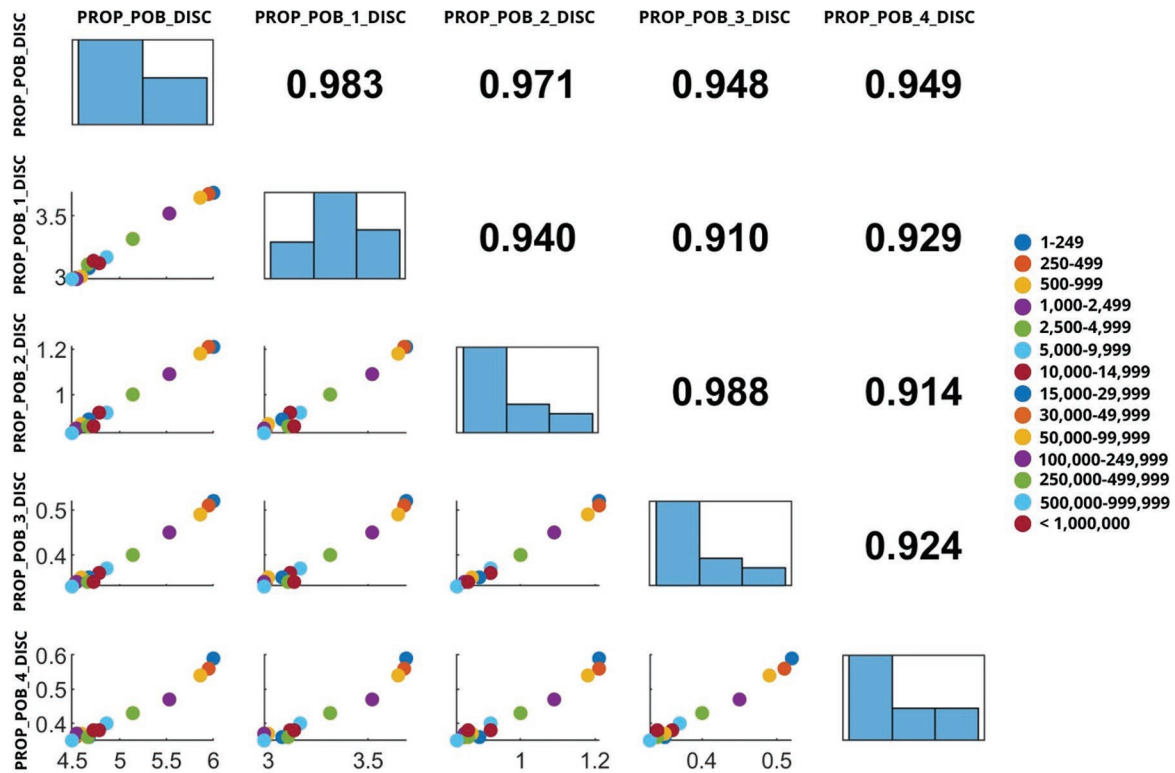


Figura 4. Dispersión matricial de la discapacidad global y número de discapacidades estratificadas por tamaño de la población. PROP\_POB\_DISC: proporción de la población con discapacidad. PROP\_POB\_1\_DISC: proporción de la población con una discapacidad. PROP\_POB\_2\_DISC: proporción de la población con dos discapacidades. PROP\_POB\_3\_DISC: proporción de la población con tres discapacidades. PROP\_POB\_4\_DISC: proporción de la población con cuatro discapacidades (fuente: Censo de Población y Vivienda 2020, INEGI<sup>15</sup>).

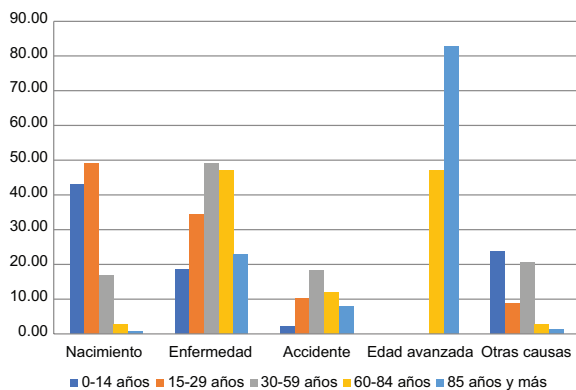


Figura 5. Causas de discapacidad por grupos de edad (fuente: Censo de Población y Vivienda 2020, INEGI<sup>15</sup>).

base poblacional que muestra la distribución de la prevalencia de discapacidad según regiones administrativamente de un país, proyectando el fenómeno visualmente en un mapa.<sup>7</sup> En un reporte realizado en México sobre discapacidad con información del CPV\_2020, que difirió del presente trabajo en que se

utilizaron prevalencias crudas de discapacidad y en que en la definición de esta se agregó la presencia de algún problema mental, se distribuyeron las prevalencias en quintiles y se proyectaron en un mapa.<sup>21</sup> Al igual que en este trabajo, los resultados de dicho reporte permiten resaltar el contraste entre las prevalencias crudas y las ajustadas. Por ejemplo, la Ciudad de México, Morelos, Veracruz y Oaxaca figuran, en el trabajo de referencia, entre las EF con altas prevalencias de discapacidad; resultados que se modificaron con los de este trabajo, a excepción de Oaxaca.

Resulta de gran importancia analizar la distribución de las prevalencias específicas de discapacidad por grupos de edad. En México, el efecto de la edad en la presencia de discapacidad es importante porque tiene un efecto bajo en los quinquenios menores que el de 40-44 años, en los que se mantiene para los hombres en alrededor del 1% y en las mujeres por debajo de ese porcentaje. A partir del quinquenio mencionado empieza un incremento acelerado de discapacidad, mayor para las mujeres que para los hombres. Estos resultados sugieren que las causas de

discapacidad se acumulan a lo largo de los años, como las relacionadas con razones de nacimiento, enfermedad, accidente y el propio efecto del envejecimiento de la población, tal como se ha reportado en análisis específicos sobre trastornos musculoesqueléticos asociados a discapacidad<sup>22</sup> y ceguera y discapacidad visual en México.<sup>23</sup> Por lo anterior, no sorprende que el Observatorio Estatal de la Discapacidad en España se concentre en analizar a la población a partir del quinquenio de 65-69 años.<sup>24</sup> Ese documento muestra un efecto creciente de la edad sobre la discapacidad e indica que este es mayor para la población de España que para la de México, y mayor en las mujeres que en los hombres en ese país.

El análisis de dispersión matricial de la prevalencia global de discapacidad y del número acumulado de discapacidades según el tamaño de la población mostró un mismo patrón de correlaciones positivas para todas las dispersiones, indicando que, a menor tamaño de la población, mayor prevalencia de discapacidad, y viceversa. No se han encontrado resultados similares a los reportados en este trabajo para México. Sin embargo, se ha señalado que el porcentaje de discapacidad para la población urbana (> 2500 habitantes) fue del 4.8%, en contraste con la población rural (< 2500 habitantes), en la que fue del 6.1%.<sup>25</sup> En el presente trabajo se encontró una prevalencia de discapacidad del 6% en poblaciones de al menos 249 habitantes, del 5.95% en poblaciones entre 250 y 499 habitantes, del 4.49% en poblaciones entre 500,000 y 999,999 habitantes, y del 4.72% en poblaciones mayores de 1 millón de habitantes. El trabajo de referencia sugiere que las poblaciones de zonas rurales presentan mayor probabilidad de discapacidad debido a la menor disponibilidad y el peor acceso a servicios sanitarios, así como por las barreras físicas y sociales del entorno.<sup>26</sup>

En el presente trabajo se evaluó la relación entre la discapacidad ajustada por edad y el acceso a los servicios de salud y el índice de marginación. Aunque se ha propuesto la hipótesis de que la población con discapacidad tiene menor acceso a los servicios de salud y mayores necesidades de salud respecto a la población sin discapacidad,<sup>26</sup> los resultados de este trabajo no la probaron. En cambio, el índice de marginación, como indicador de rezago social, estuvo asociado significativamente a la presencia de discapacidad. Estos resultados sugieren que las EF con mayor rezago tienden a tener mayor prevalencia de discapacidad. En efecto, de las EF clasificadas en el cuartil de mayor magnitud de discapacidad, dos (Guerrero y Oaxaca) se encuentran en el nivel «muy alto» de marginación,

cinco (Yucatán, Nayarit, Campeche, Tabasco y Durango) están en el nivel «alto» y solo Zacatecas está en el nivel «medio». En contraste, de las EF clasificadas en el cuartil de menor magnitud de discapacidad, tres (Coahuila, Ciudad de México y Nuevo León) se encuentran en el nivel «muy bajo» de marginación, cuatro (Jalisco, Baja California, Querétaro y México) se encuentran en el nivel «bajo» y solo Tlaxcala se encuentra en el nivel «medio», de acuerdo con la nota técnica metodológica de la construcción del índice de marginación.<sup>16</sup>

## Limitaciones

El presente trabajo no cuenta con información individual, sino agregada de ámbito nacional, por EF o por tamaño de la población según la información del CPV\_2020.<sup>14,15</sup> Los estudios ecológicos son susceptibles de cometer la falacia ecológica si se pretende hacer inferencia sobre individuos cuando lo que se estudia son datos agregados en una población. Sin embargo, las variables ecológicas son necesarias para examinar la estructura, el contexto o los factores sociales de la población, relacionados con la presencia de enfermedades.<sup>27</sup>

## Conclusiones

En México, las estructuras demográficas y geográficas de la población tienen un gran efecto en la prevalencia de discapacidad, como lo muestran sus variaciones por sexo, edad, EF y tamaño de la población. Asimismo, el indicador de rezago social indica que la prevalencia de discapacidad tiende a ser mayor en las poblaciones con mayor rezago social, como lo sugiere la distribución del nivel de rezago por EF. Sin que se haya probado en este trabajo, se sugiere la hipótesis de que el tamaño de la población está relacionado con el nivel de rezago social, siendo las más afectadas las poblaciones de menor tamaño, que presentaron unas prevalencias de discapacidad más altas que las de mayor tamaño.

## Agradecimientos

A O.F. Uribe-Acevedo, I.C. Sánchez y G. Vázquez Martínez, por el trabajo editorial de este documento.

## Financiamiento

El autor no recibió patrocinio alguno, solo el apoyo institucional, para realizar este estudio.

## Conflicto de intereses

El autor declara no tener ningún conflicto de intereses.

## Consideraciones éticas

**Protección de personas y animales.** El autor declara que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

**Confidencialidad, consentimiento informado y aprobación ética.** El estudio no involucra datos personales de pacientes ni requiere aprobación ética. No se aplican las guías SAGER.

**Declaración sobre el uso de inteligencia artificial.** El autor declara que no utilizó ningún tipo de inteligencia artificial generativa para la redacción de este manuscrito.

## Referencias

- Leonardi M, Bickenbach J, Ustun TB, Kostanjsek N, Chatterji S; MHADIE Consortium. The definition of disability: what is in a name? *Lancet*. 2006;368(9543):1219-21. doi: 10.1016/S0140-6736(06)69498-1.
- Organización Mundial de la Salud, Banco Mundial. Informe mundial sobre la discapacidad. Ginebra: OMS; 2011. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/44575>.
- Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF). Ginebra: OMS; 2001. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42407>.
- Washington Group on Disability Statistics. An introduction to the Washington Group on Disability Statistics Question Sets. Washington: The Washington Group Primer; 2020. Disponible en: <https://www.washington-group-disability.com/about/about-the-wg/>.
- Washington Group on Disability Statistics. Washington Group Methodology. Washington: The Washington Group Primer; 2020. Disponible en: <https://www.washingtongroup-disability.com/resources/methodology/>.
- INEGI. Censo de Población y Vivienda 2020. Marco conceptual. México: INEGI; 2020. Disponible en: [https://www.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod\\_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva\\_estruc/702825197520.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/702825197520.pdf).
- Hajjioui A, Abda N, Guenouni R, Nejari C, Fourtassi M. Prevalence of disability in Morocco: results from a large-scale national survey. *J Rehabil Med*. 2019;51(10):805-12. doi: 10.2340/16501977-2611.
- Maart S, Amosun S, Jelsma J. Disability prevalence-context matters: a descriptive community-based survey. *Afr J Disabil*. 2019;8(0):512. doi: 10.4102/ajod.v8i0.512.
- Mörchen M, Zambrano O, Páez A, Salgado P, Pennicook J, Brandt von Lindau A, et al. Disability-disaggregated data collection: hospital-based application of the Washington Group Questions in an Eye Hospital in Paraguay. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(17):3085. doi: 10.3390/ijerph16173085.
- Wandera SO, Ntozi J, Kwagala B. Prevalence and correlates of disability among older Ugandans: evidence from the Uganda National Household Survey. *Glob Health Action*. 2014;7:25686. doi: 10.3402/gha.v7.25686.
- Loeb M, Cappa C, Crialesi R, de Palma E. Measuring child functioning: the Unicef/Washington Group Module. *Salud Publica Mex*. 2017; 59(4):485-7. doi: 10.21149/8962.
- UNICEF/INEGI. Encuesta Nacional de Niños, Niñas y Mujeres 2015. Resultados principales. México: UNICEF/INEGI; 2016. Disponible en: <https://www.unicef.org/mexico/Informes/encuesta-nacional-de-ninos-ninas-y-mujeres-2015>.
- Vázquez-Salas RA, Hubert C, Pérez-Reyes MDR, Allen-Leigh B. Dificultades de funcionamiento en la infancia, adolescencia y edad adulta en México, 2022. *Salud Publica Mex*. 2023;65:s102-9. doi: 10.21149/14822.
- INEGI. Censo de Población y Vivienda 2020. Microdatos. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/programas/ccpv/2020/#Microdatos>.
- INEGI. Demografía y Sociedad. Tabulados interactivos. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/temas/estructura/#tabulados>.
- Gobierno de México/CONAPO. Índice de marginación 2020. Base de datos por entidad federativa. Disponible en: <https://www.gob.mx/conapo/documentos/indices-de-marginacion-2020-284372>.
- Consejo Nacional de Población (CONAPO, 2020). Índice de marginación por entidad federativa y municipio 2020. Nota técnica y metodológica. Disponible en: [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/634902/Nota\\_tcnica\\_marginaci\\_n\\_2020.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/634902/Nota_tcnica_marginaci_n_2020.pdf).
- Organización Panamericana de la Salud. La estandarización: un método epidemiológico clásico para la comparación de tasas. *Boletín Epidemiológico*. 2002;23(3):9-12.
- Hair J, Black W, Babin B, Anderson R, Tatham R. *Multivariate data analysis*. 6th ed. New Jersey: Prentice Hall; 2006.
- Okoro CA, Hollis SD, Cyrus AC, Griffin-Blake S. Prevalence of disabilities and health care access by disability status and type among adults, United States, 2016. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2018;67(32):882-7. doi: 10.15585/mmwr.mm6732a3.
- INEGI. Estadística a propósito del día internacional de las personas con discapacidad (datos nacionales). INEGI, Comunicado de Prensa Núm. 713/21, 3 de diciembre de 2021. Disponible en: [https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2021/EAP\\_PersDiscap21.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2021/EAP_PersDiscap21.pdf).
- Clark P, Contreras D, Ríos-Blancas MJ, Steinmetz JD, Ong L, Culbreth GT, et al. Analysis of musculoskeletal disorders-associated disability in Mexico from 1990 to 2021. *Gac Med Mex*. 2023;159(6):502-11. doi: 10.24875/GMM.M24000831.
- Madueña-Angulo SE, Beltrán-Ontiveros SA, Leal-León E, Contreras-Gutiérrez JA, Lizarraga-Verdugo E, Gutierrez-Arzapalo PY, et al. National sex- and age-specific burden of blindness and vision impairment by cause in Mexico in 2019: a secondary analysis of the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet Reg Health Am*. 2023;24:100552. doi: 10.1016/j.lana.2023.100552.
- Observatorio Estatal de la Discapacidad. Las personas mayores con discapacidad según la EDAD – Hogares 2020. Gobierno de España, 28 de septiembre de 2022. Disponible en: <https://www.observatoriodeladiscapacidad.info/wp-content/uploads/NOTA-OED-MAYORES-CON-DISCAPACIDAD-EDAD-2020.pdf>.
- INEGI. Las personas con discapacidad en México: una visión al 2010. Instituto Nacional de Estadística y Geografía; 2013. Disponible en: [https://www.inegi.org.mx/contenido/productos/prod\\_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/2010/discapacidad/702825051785.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenido/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/2010/discapacidad/702825051785.pdf).
- The Lancet Global Health. Prioritising disability in universal health coverage. *Lancet Glob Health*. 2019;394:187.
- Schwartz S. The fallacy of the ecological fallacy: the potential misuse of a concept and the consequences. *Am J Public Health*. 1994;84(5):819-24. doi: 10.2105/ajph.84.5.819.