PERSPECTIVAS DEL ENVEJECIMIENTO EN MÉXICO

Roberto Ham Chande (coordinador)

Marcela Agudelo Botero; César González González; Maria Rosa Gudiño; Mariana López-Ortega; Isalia Nava Bolaños; Abigail V. Rojas Huerta

Esta publicación es parte de las actividades del proyecto 186319 apoyado por el Fondo Sectorial CONACYT-INEGI

INDICE

INTRODUCCIÓN

I EL ENVEJECIMIENTO COMO PARADIGMA DEMOGRÁFICO DEL SIGLO XXI

Envejecimiento demográfico

Heterogeneidad de la dependencia

Prospectivas de la vejez

Hacia la demografía del envejecimiento

Iinvestigación interdisciplinaria, por cohortes y enfoques prospectivos

II EL CAMINO DEMOGRÁFICO HACIA EL ENVEJECIMIENTO

Transición demográfica

Transición epidemiológica

Concomitancia de las transiciones

Montos y estructuras de la población de 60 y más

III SUPERVIVENCIA Y ENVEJECIMIENTO POR COHORTES

Cohortes y trayectorias censales

Condiciones históricas: sociales, económicas y de salud pública

Cohorte 1901-1910

Cohorte 1911-1920

Cohorte 1921-1930

Cohorte 1931-1940

Cohorte 1941-1950

NECESIDAD DE MAYOR ESTUDIO POR COHORTES

IV ENVEJECIMIENTO Y SALUD

Proceso demográfico y salud

Transición hacia enfermedades crónicas

Características demográficas

Morbilidad en la vejez

Morbilidad
Capacidad funcional y dependencia
Audición y visión
Caidas
Vacunación
Acceso a servicios de salud
Uso de servicios ambulatorios y hospitalización
Tendencias de salud

V MORTALIDAD EN LA VEJEZ
Envejecimiento y compresión de la mortalidad
Evolución de la mortalidad por causas
Variaciones de la mortalidad por subgrupos de edad
Perfil de la mortalidad en el envejecimiento

VI CUIDADOS DE LARGO PLAZO
Envejecimiento y cuidados informales de largo plazo
Envejecimiento y dependencia
Aplicación de la Encuesta Nacional de Uso del Tiempo 2009
Población de 60 y más con requerimientos de apoyo
Cuidadores en el hogar
Apoyo y cuidados a integrantes del hogar de 60 y más
El futuro de los cuidados

VII ASPECTOS SOCIOECONÓMICOS DE LA POBLACIÓN ENVEJECIDA
Trayecto histórico de las cohortes
Condiciones educativas
Características económicas y de seguridad social
Uso de ENIGH y metodología

Dependencia económica en la vejez
Población de 60 y más sin ingresos
Ingresos en la vejez
Transferencias económicas hacia la población envejecida
Condiciones sociales y económicas

VIII CONCLUSIONES Y PROPUESTAS SOBRE LAS PERSPECTIVAS DEL ENVEJECIMIENTO
La dependencia en el envejecimiento
De los ciclos de vida al estudio por cohortes
El tema prioritario de la salud
Mortalidad y longevidad
No descuidar los cuidados a largo plazo
Condiciones sociales y económicas
Prospectivas y construcción de escenarios
La cooperación sur-sur

INTRODUCCIÓN

El presente libro responde al mayor tema demográfico del siglo XXI, para México y para todo el mundo, que es el proceso de envejecimiento de la población. Tal aseveración de basa en argumentos y explicaciones que aquí se exponen. Lo primero son los cambios por edad en las estructuras de la población que sin incertidumbre vislumbran el envejecimiento demográfico, en la forma de crecientes números absolutos y porcentuales de la población en edades avanzadas. Hace apenas unas décadas los países *envejecidos* eran sólo algunas naciones ya desarrolladas que habían bajado lentamente y a lo largo de siglos las tasas de mortalidad y las de fecundidad que los llevó a bajo crecimiento demográfico, menos población infantil y más población envejecida. Esta situación de exclusividad comienza a cambiar en la última parte del siglo xx, cuando en busca de mejores oportunidades de avance social y económico los países de desarrollo intermedio logran alargar las esperanzas de vida y disminuir la fecundidad bajo el esquema de la *transición demográfica.* Se logra así disminuir el ritmo de crecimiento demográfico, necesariamente bajo estructuras por edad cambiantes, donde la presencia de la población infantil es cada vez menos y la de la población envejecida cada vez más. Pero con una diferencia sustancial respecto a las naciones ya envejecidas. Mientras las sociedades desarrolladas se tardaron más de dos siglos en alcanzar sus niveles de envejecimiento, los países en desarrollo lo van a lograr en menos de medio siglo.

Este proceso de envejecimiento tiene una característica relevante, que además requiere un total reconocimiento. Lejos de ser un estereotipo o un prejuicio, debe admitirse que la edad avanzada está correlacionada con factores sociales, económicos y de salud que en algún momento causan dependencia sobre la población más joven y activa. Así la población activa deberá ser capaz de sostenerse por sí misma, encargarse de la población joven en formación y también sostener la creciente población en envejecimiento. El concepto es que la población envejecida regresa a la dependencia, pero será con requerimientos distintos a los de la niñez y adolescencia. Las causas de la dependencia por vejez son diversas. Pueden ser por cuestiones de salud, como lo es la epidemiología de las enfermedades no contagiosas; por incapacidad física o mental debido al desgaste y deterioro biológico; por efectos del mercado, cuando los avances tecnológicos causan obsolescencia de los métodos anteriores de producción; por necesidades económicas cuando ya no es posible ni rentable el trabajo; por cambios en valores culturales que contraponen a las generaciones. Ciertamente que no todas las personas que sobrepasan una edad

como 60 ó 65 ó algún otro umbral determinado, son dependientes, pero tampoco se puede evitar que si se sobrevive lo suficiente en algún momento se caerá en dependencia.

Asimismo, el envejecimiento respecto a sus causas y consecuencias no es un concepto único y aislado. En una persona o en un colectivo se da una conjunción de causas interrelacionadas que requieren que el envejecimiento se conceptualice y estudie de modo interdisciplinario. De esta manera las teorías, métodos, investigaciones, resultados y aplicaciones son también resultado de diversos enfoques que deben considerarse en interrelación conjunta.

Como proceso demográfico, social, económico y de la salud, el envejecimiento no es igual en todas partes y en todas las épocas. Los tiempos, las magnitudes, las características, las posibilidades, los escollos, van a estar determinados por las circunstancias propias de cada país y de cada sociedad en épocas distintas, de tal manera que la forma de conceptualizarlo, evaluarlo, y de actuar sobre él va a ser diferente en cada conjunto de circunstancias. De esta manera el envejecimiento en México requiere su propio enfoque para considerar las particularidades en la evaluación, investigación y aplicabilidad a programas y políticas. El origen de este libro se explica bajo estas consideraciones, y así también guarda la esperanza de que sea una contribución en estos temas.

Desde el punto de vista de las intervenciones públicas, el proceso de envejecimiento en México tiene dos claros puntos de partida. Uno son los avances socioeconómicos que incluyeron las acciones de salud pública desde antes de la mitad del siglo XX que derivaron en descensos en las tasas de mortalidad. Otro fue la adopción de políticas de población explícitamente dirigidas a bajar las tasas de natalidad, con objeto de permitir mejores oportunidades de avance social y económico a una población demográficamente orientada, con especial atención a la participación de la mujer en el desarrollo. Los logros en ambas parte fueron notables y dieron lugar a la transición demográfica, la que ahora deviene en el rápido envejecimiento demográfico. Estas son las nuevas circunstancias y retos que han impuesto para el siglo XXI los éxitos de la política de población del siglo XX.

Al iniciarse las bajas de la fecundidad al final de la década de los años 60, no se advertían los efectos a futuro del envejecimiento. La realidad es que había razones legítimas para dedicar todo el esfuerzo a disminuir la tasa de crecimiento de la población. En esos tiempos la única institución en la que algo se consideraba el futuro envejecimiento, aunque de modo indirecto, era

en el Instituto Mexicano del Seguro Social y los evaluaciones actuariales sobre las pensiones de retiro. No fue sino hasta fines del siglo XX cuando la dinámica demográfica que se observaba y que daban sentido a las proyecciones de población, el cambio en la demanda de los servicios médicos y la comparación con países envejecidos que ya hacían evidente los problemas del envejecimiento, que se iniciaron investigaciones específicas sobre el envejecimiento ya en marcha. De esta manera las instituciones y programas dedicados al estudio y atención a la población ya han establecido plenamente proyectos, investigaciones, programas, políticas, acuerdos, leyes y hasta instituciones para actuar desde la academia, la salud pública, la seguridad social, la economía, el gobierno y las legislaciones en base a la importancia de envejecimiento y las relaciones entre generaciones.

La parte académica ha proporcionado las bases científicas para las evaluaciones y propuestas de programas y planes, desarrollando proyectos de grupo que han reunido investigadores de El Colegio de México, El Colegio de la Frontera Norte, la Universidad Nacional Autónoma de México, la Universidad de Guadalajara, la Universidad Autónoma de Chiapas, el CIESAS-Golfo, y recientemente el Instituto Nacional de Geriatría. Como parte de lo que se ha logrado en estas colaboraciones está la identificación de nuevos paradigmas y objetivos que deben abordarse. De hecho, siempre es así en las actividades de investigación, las que nunca llegan a lo último pues ne la ciencia éste no existe y lo que si subsiste es el camino continuo de avance y progreso.

Con estas experiencias y continuidad, se propuso un enfoque no abordado en México sobre el proceso de envejecimiento. Se trata de considerar a la vejez no sólo como la última etapa de la vida sino el resultado de la acumulación de efectos de todas las anteriores etapas de la vida. En términos individuales, se trata de los conceptos sobre los *ciclos de vida*. En términos colectivos lo asimilamos al estudio de supervivencia y envejecimiento por cohortes. Esta idea se vio aceptable y concreta, lo que dio lugar a buscar apoyo en la convocatoria número uno de 2012 del Fondo Sectorial Conacyt-Inegi. La propuesta “Prospectivas sociales, económicas y de salud de la población envejecida” fue aceptada baje el código 186319.

Uno de los resultados es el presente libro. Por el origen que tuvo esta obra y por la manera conjunta de desarrollarla, debe mencionarse que no se trata de una compilación de trabajos aislados presentados y comentados en un seminario. Es el producto de un proyecto cuya

colaboración se inició desde antes de la convocatoria CONACYT-INEGI, cuando un grupo con las experiencias de pasados proyectos conjuntos discutió y preparó la propuesta. Con mente en un análisis del envejecimiento bajo las perspectiva de cohortes y prospectivas, reforzamos la colaboración al contar con apoyo para reuniones de trabajo, seminarios con investigadores internacionales de renombre, asistencia a congresos y también la presencia de estudiantes. Aunque en este libro los capítulos se acreditan a los autores principales, el hecho es que todos los participantes en el proyecto intervinieron en todos los capítulos.

El capítulo I expone *El envejecimiento como paradigma demográfico del siglo XXI*, y es el marco de referencia del proyecto en general y de este libro en particular. Describe la transición demográfica como antecedente y explicación del envejecimiento, cuales son las determinantes y características del envejecimiento en México como país de desarrollo intermedio y se pregunta sobre el futuro esperado. El aspecto relevante es argumentar la importancia de la dependencia como el elemento principal del envejecimiento cuando éste se considera como fenómeno social y económico. En el planteamiento de políticas y programas es esencial considerar las prospectivas a futuro y la idea de una demografía, sociología, economía y epidemiología del envejecimiento incorporando el análisis por cohortes.

El capítulo II se titula *El proceso demográfico del envejecimiento* y da cuenta de la actuación concomitante de la transición demográfica y la transición epidemiológica que tiene como resultado el envejecimiento demográfico de la población. La referencia principal de los datos usados en este capítulo son los censos de población. Debido a los defectos ineludibles de los censos, particularmente de los más anteriores, las cifras usadas son las de las conciliaciones, incluyendo ajustes propios, de manera que se puede mostrar el desarrollo de las cohortes que en 2010 tenían 60 y más por grupos decenales de edad, desde su década de nacimiento hasta su extinción en edades de 100 y más. Como escenarios incipientes se consideran las proyecciones demográficas hasta 2050.

El capítulo III denominado *Supervivencia por cohortes y envejecimiento* es el capítulo que más explícito es en la parte de las cohortes y su tránsito por las distintas etapas históricas y las vicisitudes sociales y económicas vividas por los supervivientes que en 2010 tenían 60 años y más. La descripción se hace considerando cinco cohortes nacidas en las cinco décadas desde

principio del siglo XX y hasta exactamente la mitad de ese siglo. Así se describe el tránsito decenal de las cohortes que dieron lugar a la población de 60 y más en 2010.

El capítulo IV tiene el título de *Características de salud*, y constituye la idea central de por qué el envejecimiento se liga con la dependencia, ya que se correlaciona con las incidencias y prevalencias de la morbilidad en la vejez. Se describe la morbilidad en la vejez a través de enfermedades crónicas como hipertensión y diabetes, junto con condiciones de funcionalidad.

El resultado último de la morbilidad es la mortalidad y de eso se ocupa el capítulo V justo con el título de *Mortalidad en la vejez.* Como proceso demográfico el envejecimiento está mayormente determinado por la supervivencia para llegar a edades avanzadas y la prolongación de la longevidad una vez en la vejez. Son condiciones determinadas por los nuevos patrones de mortalidad y este capítulo se ocupa de cuantificar la mortalidad a partir de los 60 años de edad, para lo cual es necesario percatarse de como inciden las causas de la muerte. Se presentan las causas y características de la mortalidad y sus cambio entre 1980 y 2013. Las condiciones y el tipo de muerte expresan las desigualdades sociales, los factores de riesgo y las vulnerabilidades

En el capítulo VI sobre *Cuidados a largo plazo* se asienta la importancia de un tipo de dependencia crucial en el envejecimiento y que es la atención personalizada que debe recibir alguien en la vejez cuando se pierde la capacidad de atenderse por sí mismo. Se da cuenta de que en condiciones de desarrollo incompleto y aún con avance social y económico, los cuidados informales de parte de la familia son los recursos principales en la vejez. Esta informalidad es parte no reconocida y no contabilizada de los sistemas de salud. Pertenece al esquema de las relaciones y transferencias entre generaciones, representa una carga mayor para las mujeres y muestra también cómo los adultos maduros requieren apoyar a los hijos que aún los requieren al mismo tiempo que se agrega la gravamen de la vejez de sus padres y abuelos.

El capítulo VII se denomina *Escolaridad e ingresos de la población envejecida.* Estas notas hacen un recuento de los niveles de escolaridad de las tres cohortes decenales de población que en 2010 tenían de {60 a 69}, {70 a 79} y {80 a 89} años de edad en cuanto a su nivel de escolaridad. Después redefine cohortes para analizar las condiciones de ingreso económico en la vejez en función de sexo, residencia rural y urbana, estado civil, quintiles de ingreso. Un importante rubro es el de las transferencias recibidas desde el extranjero y también lo son los programas de apoyo de parte del gobierno.

Finalmente el capítulo VIII sobre *Conclusiones y propuestas en las perspectivas del envejecimiento*, no es resumen de lo expresado en los capítulos anteriores, sino que se consideran sus aspectos más relevantes con la mira principal de identificar lo que sigue a partir de lo que se ha hecho. En este sentido se incluyen puntos de vista surgidos durante el proyecto que no se escribieron por ser ideas a realizar, escogiendo aquellas que al final de este trabajo tienen más visos de concretarse.

RECONOCIMIENTOS

Debemos agregar que este proyecto permitió la participación de otros investigadores que directamente intervinieron en nuestros trabajos a través de seminarios y también de colaboraciones a la distancia. Luis Miguel Gutiérrez Robledo, Instituto Nacional de Geriatría. Vladimir Canudas Romo, Max Planck Center on Biodemography of Ageing de la Universidad del Sur de Dinamarca. Victor García Guerrero, El Colegio de México. Virgilio Partida, FLACSO-México.Gilbert Brenes, Centro Centroamericano de Población de la Universidad Nacional de Costa Rica. Leonid Gavrilov de la Universidad de Chicago. Natalia Gavrilova. Universidad de Chicago. Raúl Gonzáles Ramírez. El Colegio de la Frontera Norte. Matías Beillard, Universidad de Luján en Buenos Aires. Cristina Massa, Universidad de Luján en Buenos Aires. Nélida Redondo de ISALUD en Buenos Aires. Cecilia Albala, Univesidad de Chile.

En el desarrollo del proyecto estos investigadores mucho nos aportaron para entender mejor que significa el envejecimiento; el valor de la salud por qué es crucial la dependencia; cómo se insertan dentro de contextos socioeconómicos; dónde están los datos, qué tan buenos son, cómo mejorarlos; porqué es importante la parametrización; el sentido y utilidad de las proyecciones; las experiencias y colaboración con América Latina.

Mencionamos la colaboración de Adriana Ortíz Peredo y Ana María Navarro Ornelas quienes desde El Colegio de la Frontera Norte hicieron posible búsquedas bibliográficas, procesos y programación de cómputo con el importante agregado de sus capacidades como maestras en demografía.

Finalmente mencionamos los apoyos institucionales de El Colegio de la Frontera Norte, y el Instituto Nacional de Geriatría.

I

EL ENVEJECIMIENTO COMO PARADIGMA DEMOGRÁFICO DEL SIGLO XXI

Roberto Ham Chande

INTRODUCCIÓN

Después de las modificaciones hechas a la dinámica demográfica por las políticas de población del siglo XX, el resultado dominante con serias consecuencias para el siglo XXI es el envejecimiento de la población. La relevancia para la demografía, la economía y la sociedad es tal que este proceso se transforma en el principal motivo demográfico para el quehacer científico y para las nuevas políticas de población. Este nuevo paradigma requiere colaboración interdisciplinaria, lo que se recoge en los objetivos propuestos y los trabajos realizados en el proyecto de colaboración entre instituciones que da lugar a esta obra. Se identifica que la característica principal del envejecimiento como tema de políticas de población es la dependencia. Esta condición debe ir más allá de las aproximaciones estadísticas como simples cocientes del número de personas en edades mayores sobre el número de personas en edades adultas. Así se elabora sobre las varias facetas de la dependencia debida al envejecimiento. El enfoque agrega el marco de los ciclos de vida y la vejez como etapa final, lo que en el colectivo se propone como análisis de cohortes y sus prospectivas consideradas como construcción de escenarios para advertir de crisis y lograr un mejor envejecimiento.

EL ANTECEDENTE DE LA TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA

En los años sesenta se inicia la demografía en México como ciencia institucionalizada, bajo el marco conceptual predominante de la teoría de la transición demográfica. Unas décadas antes y especialmente a partir de los años cuarenta, la mortalidad descendía notoriamente sin que mediara un estudio demográfico o un programa de población en busca explícita de ese objetivo. Más bien la menor mortalidad era resultado natural y deseable de los intentos de desarrollo que lograban mejores condiciones de salud a través de avances médicos, acciones de salud pública y principalmente la difusión de la educación primaria. Parte de los logros de la salubridad moderna fueron abatir tasas de mortalidad, que también se expresan como incrementos a las esperanzas de vida. Por su parte, la fecundidad se mantenía alta y junto con la baja de la mortalidad dieron lugar a un sustancial crecimiento de la población de tal magnitud que motivaron varias

advertencias neo-maltusianas resumidas en la intimidación de la *explosión demográfica* (Ehrlich, 1968). Esta preocupación propició la investigación científica sobre las causas y efectos de la dinámica de la población, con la idea de crear las políticas de población que evitaran las adversidad que traerían las grandes magnitudes de población que se proyectaban.

Cuando las tendencias observadas en la dinámica de población de México se extrapolaban en proyecciones de población daban lugar a crecimiento demográfico preocupante. Con las cifras de población así proyectadas se esperaba que en el año 2000 el total de población fuera en el entorno de 150 millones. Bajo este panorama las demandas futuras por educación serían insatisfechas, la economía no crearía suficientes empleos, no habría recursos para atender las necesidades de la salud, la creciente urbanización sería crítica. Este panorama se exacerbaba pues implicaba pobreza, carencias económicas, rezagos sociales y deterioro ambiental (Meadows, 1972). Así, en el caso específico de México se propuso que la investigación demográfica y su relación con otras ciencias participaran en la planeación del porvenir social, económico y político al incorporar explícitamente las variables demográficas en los planes de desarrollo (Welti, 2011). Como resultado se acepta y emprende la planificación familiar, se inician los programas de salud materna e infantil, se promueve la incorporación femenina al desarrollo procurando mayor acceso de las mujeres a escolaridad, mercado laboral y equidad social (Ordorica, 2010). Era un conjunto de acciones con el objetivo de incorporar explícitamente las variables demográficas en los planes de bienestar económico y social. De esta manera se constituyeron y se hicieron oficiales las *políticas de población*, incluyendo la nueva Ley de Población de 1973 y la creación del Consejo Nacional de Población.

En este juego de procesos demográficos, su estudio, evaluación y aplicación práctica, también fueron determinantes las nuevas concepciones sobre la migración internacional, absolutamente dominada por el flujo hacia Estados Unidos. Ya no se percibe con ademanes de desdén que migrar hacia el norte sea abandonar México y renunciar a la mexicanidad, sino que se considera una oportunidad de trabajo que alivia el desempleo en México y es fuente de remesas que beneficia familias, localidades y al país en su conjunto. Desde Estados Unidos la migración cada vez se ve menos como la invasión de ilegales y cada vez más como la mano de obra necesaria para la economía de ese país (García y Griego, 1988).

Esos cambios demográficos y su interrelación social y económica no fueron propósitos exclusivos de instituciones mexicanas. Antes de los intentos propios fueron manifestaciones de la mundialización en varios aspectos. Sobre la salud y la mortalidad fueron determinantes la importación de tecnologías médicas junto con las recomendaciones y apoyos de organismos internacionales en programas de salud pública, como la Organización Panamericana de la Salud. Para cambiar la fecundidad fue relevante la aparición de anticonceptivos modernos y la adopción de actitudes culturales hacia la sexualidad y la reproducción originadas en otros países, difundidas por los medios de comunicación masiva y finalmente aceptadas sin resquemores éticos o religiosos. También se agrega que se suscitaron presiones internacionales, motivadas por el temor de naciones desarrolladas hacia el incremento poblacional que generara presiones y socavara sus privilegios.

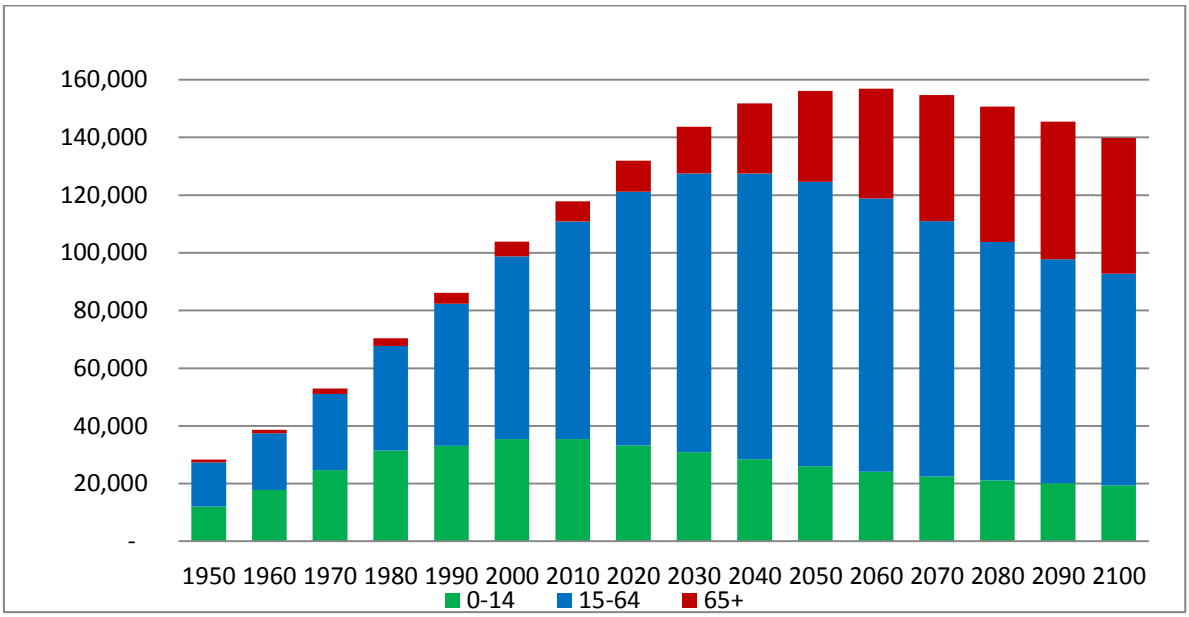
Con las políticas de población basadas en la investigación demográfica, la preparación de recursos profesionales y académicos propios, se pudo convencer a organismos de gobierno y legislativos, actuar ante foros públicos, involucrar a la empresa privada, hacer participar a los medios de comunicación y en su momento hasta lograr la aceptación de la iglesia católica. De esta manera se pudo crear consciencia sobre la conveniencia de un mejor futuro demográfico y así se evitó, o al menos se mitigó, las advertidas crisis de sobrepoblación. Se tuvieron mejores oportunidades educativas y sociales, aunque estas acciones no fueron todo lo que se necesitaba y aún se está lejos de lograr los niveles deseables de bienestar social y económico. Entre otros elementos, aún no logramos la igualdad social y la equidad económica.

ENVEJECIMIENTO DEMOGRÁFICO

Como resultado, el nuevo panorama demográfico en su parte más general se ilustra en la siguiente gráfica 1, donde se muestra el desarrollo demográfico de México luego de que las políticas de población ya han estado con nosotros por casi medio siglo y cuáles son las perspectivas para el siglo XXI. Las cifras en esta gráfica son lo observado de 1950 a 2010 y las proyecciones de población de Naciones Unidas (2014). Junto con el total de la población también se muestra la división en tres grupos de edad. Los niños y adolescentes en edades [0-14], los adultos considerados como [15-64] y el sector envejecido de [65+]. Un comentario es que bajo las tendencias de antes del descenso de la fecundidad, en el año 2000 no sólo se habrían

alcanzado cifras de 150 millones de habitantes, sino también se tendría una composición por edades distinta, donde predominaría la niñez, la adolescencia y la parte joven de la población adulta, lo cual aunado a fecundidad alta habría significado el crecimiento continuo y exhorbitante.

Grafica 1. Población de México en tres grupos de edad de 1950 a 2010 y proyecciones a 2100



Fuente de datos: United Nations. *World Population Prospects 2014.*

Sin embargo, estos cambios demográficos y sus méritos, también crearon otras secuelas que acarrean nuevos problemas. El más conspicuo de ellos y ahora el principal reto para la demografía del siglo XXI aparece en la gráfica como la creciente presencia en números absolutos y porcentajes de la población de mayor edad, en este caso ilustrada por las edades 65 y más. No se trata de solamente de esta proyección, sino que una y otra vez, en cualquier proyección de población realizada bajo hipótesis plausibles, se manifiesta lo ineludible del envejecimiento demográfico y las magnitudes que alcanzará.

ENVEJECIMIENTO Y PESIMISMO

En las investigaciones y publicaciones sobre cualquier tema del envejecimiento predominan los aspectos negativos de la vejez, lo cual responde a que lo que importa del envejecimiento es la

pérdida de autonomía y caída en la dependencia debido a la obsolescencia social, pérdida de responsabilidades familiares, incapacidad para la actividad, y fragilidad ante la salud. Este enfoque de la vejez como deterioro y hasta sufrimiento, suscita malestar y desprecio por sus connotaciones de pesimismo. Hay algo psicológico que inclina a los jóvenes a no considerar futuros deprimentes, mientras que las personas en edades mayores que aún tienen autonomía y salud plena, se ofenden y rechazan que la vejez sea la edad de la decrepitud. Poco se cuenta con la reflexión de las personas mayores con problemas de salud y funcionalidad pues justo estas condiciones les impiden opinión y participación.

Sin embargo, la atención sobre los aspectos negativos de la vejez no se puede soslayar y eso sucede en este libro. También conviene manifestar que de hecho es un enfoque semejante al que se toma cuando se tratan otros aspectos sociales, económicos o de la salud. Por ejemplo, cuando se analizan los problemas importantes de una sociedad o nación necesariamente nos fijamos en lo trágico de la pobreza, las carencias del sistema educativo, la desigualdad en el ingreso, el desempleo y el deterioro al medio ambiente. En el funcionamiento cultural y social aparecen las desventajas e injusticias sobre las poblaciones indígenas. Una de las manifestaciones más perversas de la inequidad son la morbilidad y mortalidad por enfermedades infecciosas y de la nutrición que todavía figuran en áreas deprimidas. De tal manera que existen injusticia y sufrimiento que deseamos comprender para aportar soluciones y aliviar, incluso creando ministerios y consejos para ello se pregunta ¿por qué sentir rechazo por los naturales problemas de la vejez y el envejecimiento y a cambio de eso presentar la vejez como la edad dorada de la sabiduría y el bienestar?

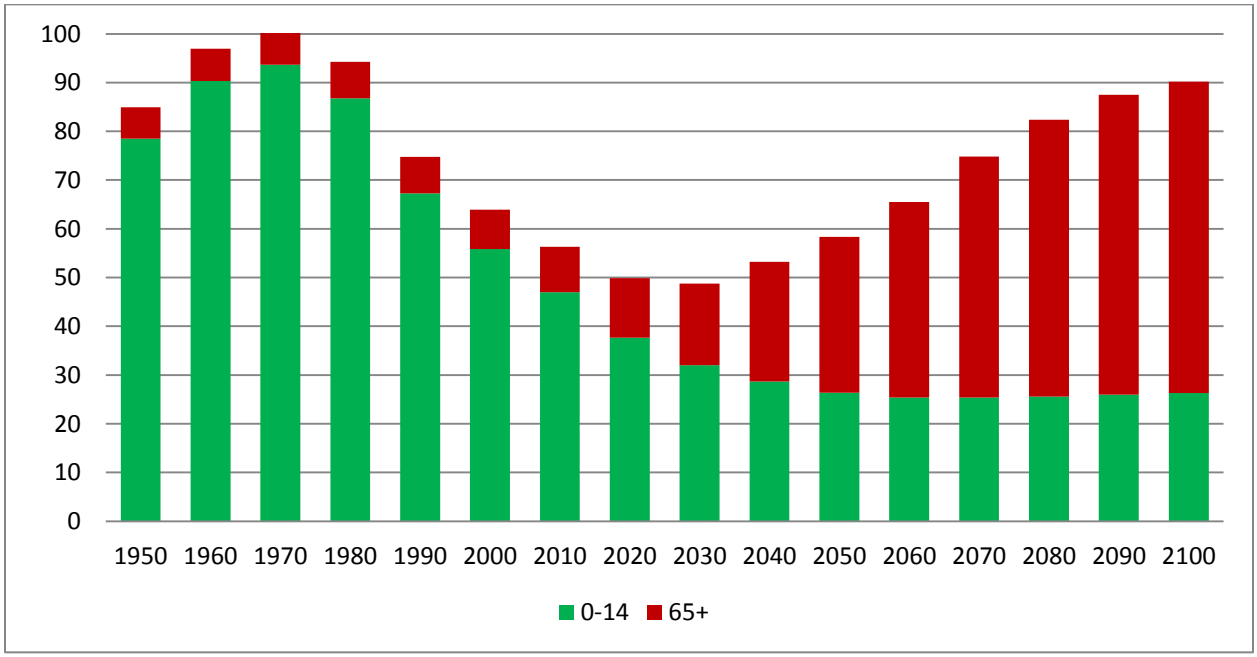
Con estas interrogantes se plantean las siguientes ideas. Debemos admitir que es fácil analizar la pobreza sabiendo que uno mismo no sufre de ella; a las mujeres privilegiadas de la academia y la política les resulta cómodo y recompensante denunciar las desventajas femeninas cuando ellas cuentan con medios educativos y materiales para esgrimir argumentos intelectuales; y se puede hablar de la salud y sus malestares en un seminario organizado en el ambiente de un hotel de lujo. Sin embargo, esto no es así cuando se aborda la vejez y sus desventajas, pues a menos que la muerte se interponga ése es el futuro de todos y cada uno. Se ha dicho que fijarse en la vejez como objeto de trabajo o estudio es mirar la cabeza de Medusa y petrificarse de horror (Rohrbach-Viadas, 1992). Sin importar el nivel socioeconómico es así como se percibe la vejez que nos aguarda y las situaciones penosas que potencialmente acarrea, amenazando con

parecerse a lo que se mira en padres y abuelos conforme envejecen. Se llega a la vejez cuando los achaques llaman a nuestra puerta. De hecho, antes de que la enfermedad o la incapacidad por vejez lleguen, la mente levanta una cortina de inconsciencia haciéndonos creer que jamás se deteriorará la salud, que por siempre seremos jóvenes, que nunca moriremos (Vázquez, 1999).

EL ENVEJECIMIENTO COMO DEPENDENCIA

Los escenarios del envejecimiento de la población decididamente vislumbran otras preocupaciones que merecen atención, lo cual va a requerir otros conceptos, nuevos tipos de investigaciones, diferentes programas de estudio y políticas de población distintas. Uno de esos temas es el de la *dependencia debida al envejecimiento*. Este concepto de *dependencia* en realidad tiene mucho tiempo, aunque sus antecedentes sean muy simples y con ello están lejos de la realidad. Una primera aproximación a la idea estadística de la dependencia aparece en la gráfica 2.

Gráfica 2. Porcentaje de dependencia de la niñez y la vejez sobre la población adulta.



Fuente de datos: United Nations. *World Population Prospects 2014.*

Los supuestos simplistas en esta gráfica son, primero, que la población menor de 15 años es dependiente porque es la etapa del crecimiento, la socialización y el aprendizaje para la vida. El

supuesto la responsabilidad de atenderlos recae sobre la población de 15 a 64, ya que se asume que estas edades son las productivas y capaces de atender a la población dependiente. El tercer supuesto es que la población de 65 y más entra en el envejecimiento y con ella en la dependencia. Así la suma de ambas dependencias es la dependencia total. Ciertamente que esta es sólo una aproximación fácilmente calculable con las estadísticas demográficas, pero está lejos de ser exacta. No todos los menores de 15 son dependientes, no todos los de [15-64] son capaces y productivos, y no todos los de 65 y más son dependientes. Sin embargo, esta aproximación tiene la ventaja de ser fácil de calcular y da idea clara de cómo el cambio de la dependencia es cada vez más por el envejecimiento y cada vez menos por la juventud. Es por esto que estos *cocientes de dependencia demográfica* desde hace décadas aparecen y siguen apareciendo en todas las estadísticas de población y de proyecciones.

Existe otra impresión equivocada en la gráfica 2 y es que visualmente da el mismo peso a la dependencia debida a la población joven que a la ocasionada por la vejez. Cuando se comparan entre sí es inmediato percatarse que se trata de dos situaciones bien distintas. La primera dependencia, la que viene de bebés, niños y adolescente siempre es esperada, no tiene sorpresas y así es fácil de programarse. Se sabe de antemano cual son los planes educativos y de atención a la salud, en actividades gozosas bajo la gustosa responsabilidad de ser padres o abuelos. Al mismo tiempo y cuando se hace bien, es verdaderamente una inversión familiar, social y económica de altos rendimientos para la familia y esenciales para el desarrollo nacional. Por su parte la segunda dependencia, esa de la vejez, generalmente es inesperada, cuando llegan sorpresivos y demandantes episodios de salud para los cuales no había preparación. La dependencia por vejez llega a ser estresante, creciente, no es inversión y queda en el gasto familiar o social. De manera que es relevante preguntarse qué tanto puede ser obstáculo para el desarrollo. Ciertamente que así dicho parece una afrenta a la solidaridad y a la ética, pero sí hay necesidad mirar a la vejez sin soslayos en busca de prevenir sus efectos y mitigar sus consecuencias.

En una acepción general lo que caracteriza y preocupa del envejecimiento es la *dependencia social y económica* ocasionada por la vulnerabilidad correlacionada con las edades avanzadas. De los efectos demográficos, sociales, económicos y de la salud sobre el envejecimiento sobresale la *dependencia* de tal forma que el concepto se puede considerar como definición de la vejez. En la vejez la dependencia es debida a quebrantos de salud, pérdidas de capacidad física y

mental, inadaptabilidad a cambios tecnológicos, desajustes en ambientes sociales y redes familiares cambiantes (Eslous, 2007). Esta dependencia en la vejez tiene distintas manifestaciones esparcidas en varias áreas que al mismo tiempo se interrelacionan entre sí y que esencialmente son: 1) necesidades de atención a la salud; 2) otorgar seguridad económica; 3) apoyar estructuras y estrategias familiares; 4) armonizar las relaciones sociales entre generaciones.

Con la premisa de la vejez como dependencia tal y como se ha descrito, aparece una preocupación. El comentario, con un ineludible tono pesimista, es que se imponen dos hechos incontrovertibles. Por un lado y por ahora es imposible la *universalidad de la vejez en buena salud y actividad.* Por otra parte, la certeza es que si se sobrevive lo suficiente necesariamente se llegará al deterioro de la salud y al estado de incapacidad. Ciertamente la vejez saludable y activa debe es aspiración central y ya hay muchos esfuerzos científicos y socioeconómicos cuya meta es lograr mayor longevidad y que ésta sea una vida saludable y activa, de menor dependencia. Sin embargo, por ahora y sin duda por mucho tiempo, la vejez implica fragilidad y deterioro. Por el momento lo más que se logra es matizar la dependencia intentando que se atrase, que sea menor y que cuando aparezca sea controlable, en lo individual y en lo colectivo.

HETEROGENEIDAD DE LA DEPENDENCIA

Los principales determinantes y origen de las dependencias asociadas al envejecimiento en todas sus formas son la fragilidad por riesgos de salud y la incapacidad. Se mira así la incidencia y prevalencia de enfermedades crónicas y degenerativas en sus efectos no letales, manifestadas en incapacidades físicas o mentales que afectan la funcionalidad personal, social y económica. De esta manera la más conspicua de las dependencias busca la *atención a la salud y a la discapacidad* por parte de la medicina, la prevención de la salud, la salud pública, los cuidados a largo plazo de la familia y los programas de apoyo del Estado (González, 2011).

En contraste con el párrafo anterior, resulta que social y políticamente la manifestación más notoria de las dependencias en la vejez no es la referente a la salud sino que es la *seguridad económica.* Esta atención sobre el tema se debe a que la forma más politizada y publicitada de seguridad económica en la vejez son las pensiones de retiro, y esta relevancia política y

medíatica se debe a que los esquemas de pensiones se encuentran en crisis económicas y financieras sin solución viable.

El concepto de *seguridad económica en la vejez* debe ampliarse y se refiere a los recursos que requiere el sostenimiento material de una persona cuando por razones de edad avanzada se torna incapaz de trabajar o de mantener algún otro ingreso (Huenchuan y Guzmán, 2007). El sostén económico en la vejez tiene dos formas generales. Una es recibir el apoyo de parte de hijos, la familia o el Estado. Cuando se trata del Estado la forma ideal es mediante pensiones de retiro, las cuales se encuentran desfinanciadas y sin sustento económico y social. Otra es contar con los medios propios y suficientes para solventar los bienes y servicios requeridos, pero no existen las condiciones económicas y financieras para lograrlo. En este rubro cabe considerar explícitamente la gran parte de la población en situaciones de pobreza y marginalidad que se ven exacerbadas por la condición de vejez.

El apoyo a la vejez por parte de organizaciones públicas como son las instituciones de salud, de seguridad social y de protección social, siempre ha sido limitado tanto en cobertura como en beneficios, de tal manera que es mayormente la familia, principalmente los hijos, quienes más se encargan de la población envejecida. En este sentido el hogar y la red familiar son unidades de estudio y objetos de política social y económica. El efecto de menor fecundidad y mayores esperanzas de vida conducen a dinámicas familiares y del hogar hacia un menor número de miembros, donde los nietos e hijos son cada vez menos, mientras que los abuelos y bisabuelos son cada vez más (López, 2000). Adicionalmente en el caso de México, la migración interna y hacia Estados Unidos es relevante y con efectos sobre la estructura familiar, debido a que los migrantes son mayormente jóvenes en edad de trabajo y del sexo masculino (Ramírez García, 2011).

Para el bienestar en la vejez son relevantes los apoyos reales o potenciales disponibles, y también es significativo reconocer necesidades que no pueden ser satisfechas. Así se identifican los flujos de recursos que van de los sectores jóvenes y adultos de la población hacia la parte envejecida en lo que se conceptualiza como transferencias intergeneracionales. Este es un esquema lógico pero que de hecho es simplista. Cuando la inspección de los apoyos que se requieren y los que se brindan es minuciosa, también se identifican transferencias entre clases sociales y hasta inequidades socioeconómicas con motivos de la vejez. Las transferencias serían

adecuadas cuando la dirección siempre fuera de los más pudientes a los más necesitados. Esto es que la población con recursos ayude a los pobres, que los más sanos se encarguen de los enfermos, que los capaces auxilien a los discapacitados y en términos de edad que los jóvenes atiendan a los viejos. Desafortunadamente en gran parte no es así y existen transferencias intergeneracionales y entre clases que son regresivas. El ejemplo más conspicuo está en la sostén económico en la vejez y las pensiones de retiro del sector público. En gran parte son esquemas injustos que no son una protección a la vejez sino el privilegio de un retiro anticipado (Aguirre, 2012). El costo es de tal magnitud que amenaza la sostenibilidad social y económica, incluyendo que erosionan la posibilidad de otros apoyos más justos y estratégicos, como son la educación y la salud.

PROSPECTIVAS DEL ENVEJECIMIENTO

Los pasos de México a través de la transición demográfica se dieron bajo una política de población explícitamente diseñada y con programación de acciones y metas tanto de corto como de largo plazo. Estas acciones se basaron en investigación académica, en lo cual un elemento históricamente importante lo fue la Encuesta Mexicana de Fecundidad de 1976, como parte del proyecto mundial World Fertility Survey (Juárez, 2008). En su momento fue el mayor y más costoso proyecto de ciencias sociales que se haya emprendido en México. El propósito más publicitado era disminuir la tasa de crecimiento demográfico a 1.0% en el año 2000, cuya guía era una proyección demográfica conocida como "*programática*" (Cabrera, 1989). Desde esos inicios y a la fecha ya han transcurrido varias décadas y a pesar de que no se logró el propuesto objetivo *programático* de crecer al 1.0%, sí se puede afirmar que en términos generales esas políticas y sus correspondientes programas, sostenidos a través de varios sexenios, se acercaron a las metas demográficas previstas y han sido factor de avance social y económico. Se puede agregar que parte relevante del éxito de estos avances es su gran contenido de género, cuyos beneficios en favor de la población femenina terminan siendo bienestar para toda la población.

La menor tasa de crecimiento demográfico y el consecuente menor tamaño de la población respecto a lo esperado implicaba también la transformación de las estructuras por edad. Con la mortalidad en descenso y la fecundidad disminuyendo, en el mediano y largo plazo la más relevante de las transformaciones sería el envejecimiento de la población. Hacer el pronóstico era fácil y sólo había que fijarse en la historia demográfica de Europa y las preocupaciones que

estaban generando su propio envejecimiento. Con las acciones de las políticas de población y su éxito sobre el descenso de la mortalidad y la fecundidad México iniciaba el camino demográfico ya andado antes por Europa, pero con dos diferencias sustanciales. Una es que el proceso de envejecimiento en México y en América Latina sería sustancialmente más rápido y otra es que esos cambios se harían en un contexto de menor desarrollo social y económico. Debe decirse, sin embargo, que esas previsiones sobre el futuro envejecimiento en esos momentos no llamaron mayormente la atención, y el envejecimiento tuvo que esperar a la anunciada crisis de la seguridad social a finales del siglo XX para hacerse presente.

Ante las preocupaciones actuales en México nos percatamos que los escenarios del envejecimiento se han cumplido, estamos ahora en un envejecimiento acelerado de la población, donde cualquier proyección demográfica reafirma la rapidez del proceso y la predominancia futura de las edades avanzadas. De esta manera las nuevas políticas de población tienen metas y procedimientos radicalmente distintos y ya no se trata de la fecundidad sino que ahora la tarea es atender a la población envejecida en el aspecto de la dependencia, a largo plazo, en armonía con los otros grupos de edad, de manera que sea económica y socialmente sostenible. Parte relevante de estas acciones son los programas de prevención que apuntan al concepto de la vejez exitosa. Este enfoque, necesariamente a futuro, requiere construir proyecciones y escenarios con la suficiente integración de variables para identificar lo deseable y lo posible con especial énfasis en eludir situaciones críticas y mitigar consecuencias inevitables.

HACIA LA DEMOGRAFÍA DEL ENVEJECIMIENTO

El primer intento moderno de definir al envejecimiento ha sido la designación de una edad como umbral de la vejez. Así se ha establecido la edad al retiro en la seguridad social a partir de 65 años de edad, concepto histórico y bismarkiano de la jubilación a finales del siglo XIX. Ha permanecido casi inamovible desde ese entonces para figurar en casi todas las estadísticas y aplicaciones como definición de que es a partir de ese cumpleaños que se entra en la vejez, incluyendo las estadísticas de la División de Población de Naciones Unidas[1]. En otras prácticas y organismos se usa 60 como es en los sindicatos que procuran pensiones adelantadas o es 70 cuando se conceden apoyos oficiales a la vejez. En todo caso depende de criterios y motivos.

[1] También existe el término “adulto mayor”, como una referencia políticamente correcta. En esta nota nos referimos a la vejez y al envejecimiento en sus propios términos.

Cuando se adopta una edad de entrada a la vejez, también debe considerarse que este subgrupo de población considerada envejecida tiene heterogeneidades. La más simple y fehaciente de ellas es que las condiciones de dependencia no son las mismas conforme avanza la edad. Se sabe que los viejos más jóvenes generalmente no tienen problemas mayores, pero conforme la edad avanza aparecen las deficiencias de salud y enfermedad y se vuelven críticas. De esta manera cobran sentido las subdivisiones de la edad en le vejez, estableciendo decenios o quinquenios y también por edades individuales. De esta manera y en función de experiencias se puede tipificar la clase de envejecimiento por edad o grupo de edad.

En la recopilación de estadísticas y su análisis, la población en la vejez añade un problema metodológico. En los censos y encuestan las personas mayores tienen tendencia a sobre declarar su edad, y mientras más viejos son mayor es el sesgo (Popolo, 2000). Además se deben considerar las deficiencias censales y se hace necesaria la conciliación de cifras que tome en cuenta la declaración de la edad, el pasado censal y la congruencia demográfica (SOMEDE, 2011).

La dinámica demográfica del envejecimiento en su mayor parte se circunscribe a tasas de mortalidad. Cuando se fija una edad para delimitar la vejez, por ejemplo la edad 65, durante los próximos 65 años esa población de 65 y más ya ha nacido. De esta manera su eventual incorporación al grupo envejecido es la supervivencia para llegar a esa edad. Asimismo, la dinámica dentro del grupo en la vejez está marcada por la supervivencia. En este sentido la principal tarea demográfica en el proceso futuro del envejecimiento es estimar los niveles de mortalidad en las edades avanzadas. Esto se liga con los estados de salud, atendiendo la identificación y evaluación de las principales causas de muerte. Se agrega que en estas edades la migración es un factor menor y que así se considera en la mayoría de los supuestos de proyección para este grupo de población.

La base de arranque para los ejercicios de prospectiva es siempre una descripción del estado de la población envejecida al momento presente. Este diagnóstico no debe ser una mera descripción en variables independientes y desligadas, sino que también debe dar cuenta de la interrelación entre factores demográficos, sociales, económicos, familiares y de la salud, en una integración interdisciplinaria que explique las causas y consecuencias del envejecimiento dentro de la heterogeneidad social y económica del país.

Los anteriores puntos definen la vejez a partir de una edad cronológica, lo cual guarda la ya mencionada ventaja de ser estadísticamente práctico. Pero en esta simplicidad ocurren muchas diferencias a nivel de individuos o grupos en cuanto a condiciones socioeconómicas y estados de salud, desde lo muy problemático hasta lo muy favorable. Habrá que tomar en cuenta que lo que ocupa y preocupa de la vejez es la alta correlación que tiene la edad avanzada con fragilidad, funcionalidad y dependencia, que esencialmente se traduce en vulnerabilidad social, desventaja económica y riesgos de salud. En estas condiciones la conceptualización y definición de la dependencia va a corresponder con las circunstancias que en su momento sean relevantes. Será distinta la dependencia por desactualización en las formas de trabajo, de la debida a costos de la enfermedad, de la que impone problemas de inmovilidad, de la que ocurre por demencia o de cualesquiera otras condiciones que cobren interés. A su vez, la carga de la dependencia va a estar en función de la capacidad de los individuos, las estructuras familiares y los sistemas institucionales.

Dentro de las teorías y enfoques del ciclo de vida, se conoce que una etapa de vida está condicionada por todas las anteriores, incluyendo la gestación. De esta manera y siendo la vejez la última etapa, sus condiciones sociales, económicas y de la salud están influidas por todas las situaciones antes vividas. Cómo han sido esas influencias y en qué magnitudes han actuado es parte de la agenda de investigación. En esta perspectiva y dentro del contexto de México, hay dos temas que merecen atención. Una es la gran heterogeneidad en los antecedentes socioeconómicos y familiares de las personas envejecidas. Otra son las condiciones históricas de salud que se vivieron, incluyendo lo común de algunas enfermedades infecciosas, a lo que se agregan los hábitos de salud. Ahora se conocen los efectos adversos que han aportado el tabaquismo y la alimentación industrializada.

Ligado al punto anterior pero en un contexto más amplio, un ámbito de estudio es la descripción y análisis por cohortes de edad de la población envejecida. Se trata de identificar características culturales, sociales, económicas, educativas y de la salud, relacionadas con épocas y condiciones históricas por las cuales atravesaron cada una de las generaciones, cuyos sobrevivientes forman ahora en el futuro los sectores población en edades avanzadas (Grimes & Schulz, 2002). De estos abordajes se desprenden dos aplicaciones prácticas para las políticas de atención a la vejez. Una son los planes de prevención, en los cuales se pueda advertir de acciones que anticipen mejores condiciones en las edades mayores. Otra más es la evaluación de los

efectos esperados durante la vejez para planear necesidades y demandas de la población envejecida.

La caracterización de la población envejecida es uno de los resultados principales de la transición demográfica en cuanto al cambio de estructuras de población. Forma parte interactiva de toda la población y dentro de las relaciones y transferencias entre generaciones y entre clases sociales, lo cual es otro tema de investigación. Parte de las tareas son describir las estructuras de hogar y familiar en la vejez, incluyendo las necesidades de cuidados de larga duración y sus prospectivas.

INVESTIGACIÓN INTERDISCIPLINARIA POR COHORTES Y ENFOQUES PROSPECTIVOS

El esquema y las propuestas que aqui se han estado delineando implican la adopción de algunos enfoques sobre los conceptos y métodos en el estudio del envejecimiento demográfico en relación explícita con las repercusiones sociales, económicas y familiares, además de la aplicación a políticas de población y de salud. De esta manera, el envejecimiento de la población toca varías áreas donde se han mencionado la relevancia para la vejez de la salud, la seguridad económica, las relaciones sociales y el ámbito familiar y cómo merecen atención para el diseño de programas y planes.

En primer lugar las interrelaciones que guardan las distintas áreas en los estudios del envejecimiento y en sus aplicaciones exigen un abordaje *interdisciplinario* (Gutiérrez Robledo y Gutiérrez Avila, 2011). Cómo organizar la interdisciplina no es una tarea trivial y sí un ejercicio de teoría, práctica y experiencia que no conduce a un sólo modelo y diseño. Va a depender de lo que se quiere explicar y de los recursos con los que se cuenta.

El *análisis por cohortes* de nacimiento es fundamental para el estudio de la población envejecida. Por una parte tiene que ver con los ciclos de vida y sus efectos posteriores en la vejez, incluso si no se sobrevive y no se llega a la vejez. Pero lo principal en este enfoque es el hecho de que el envejecimiento y sus características en el siglo XXI es diferencial por cohorte debido a los rápidos cambios experimentados durante el siglo XX en los patrones y prácticas sociales, económicas, de escolaridad y de salud por los que han atravesado las distintas generaciones a lo largo de la vida y que afectan su propia vejez. Las cohortes ahora en las edades de 60 y más nacieron durante las primeras cinco décadas del siglo XX. Las generaciones más

viejas son sobrevivientes de los nacidos a principios de siglo, durante la revolución y sus postrimerías. Por su parte, las generaciones menos envejecidas nacieron después de 1930, cuando se consolidaban las instituciones que logran después avances socioeconómicos y de la salud pública. Las generaciones intermedias fueron de transición, y en todo caso cada cohorte pasó en edades diferentes frente a hechos históricos y socioeconómicos.

Un siguiente enfoque y objetivo en sí, se centra en las *prospectivas*. Se trata de proponer no sólo cómo puede ser el futuro de la sociedad frente el envejecimiento que se acumula, sino también y de mayor importancia, de cómo podemos moldear el porvenir en busca de la mejor posibilidad. Esta proposición está ligada a una meta intermedia crucial y que es la elaboración de planes de desarrollo, el diseño de políticas y la implementación de programas de atención y prevención, pues estos propósitos se lograrán mejor cuando se consideren bajo la guía de las prospectivas en forma de escenarios. Se trata de construir escenarios con proyecciones bajo supuestos de variables que muestren plasticidad mediante políticas y planificación.

En las prospectivas que se pueden ya comentar, las futuras generaciones de personas envejecidas contarán con mayor alfabetismo y escolaridad, lo que potencialmente les otorga mejores condiciones de hábitos de salud y prevención, dando lugar a asegurar que los viejos del futuro no sólo serán distintos de los de ahora, sino conociendo también el sentido y significado de las diferencias. La vejez de mañana tendrá mayores oportunidades para lograr saluda y actividad. Las advertencias de precaución ante estas suposiciones optimistas vienen de los efectos que puedan tener las presentes crisis económicas y políticas, lo medios ambientes urbanos de gran contaminación y en particularidades como la generalización del sedentarismo, la creciente industrialización de la alimentación y sus efectos sobre enfermedades crónicas, como es el caso especial de la diabetes. En todo caso, estos y otros supuestos serán insumos para las proyecciones y escenarios demográficos, epidemiológicos, sociales y de la seguridad social.

Los escenarios prospectivos deben realizarse en dos modalidades. Unos serán a corto plazo, utilizando supuestos con la mayor factibilidad posible, para la planeación administrativa y los presupuestos de costos inmediatos. Los de mediano y largo plazo serán más especulativos y tendientes a crear las políticas de Estado en busca de la adecuación y sostenibilidad de los sistemas de atención a la vejez y su relación con otros grupos de población.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Cabrera, Gustavo (1989). Políticas de población. *DEMOS Carta demográfica sobre México, 1989.* Universidad Nacional Autónoma de México. México, DF.

Ehrlich, Paul R. (1968). *The Population Bomb*. Ballantine Books

Eslous, Laurence (2007). La dependence des persones âgées. Rapport Nº RM 2007-130P de l'Inspection générale des affaires sociales. France.

Juárez, Fatima (2008). "Un repaso crítico de la información de las encuestas" en Figueroa, B. *El dato en cuestión.* El Colegio de México.

García y Griego, Manuel (1988). "Migración internacional", *DEMOS 1988,* Coordinación de Humanidades de la UNAM. México, DF

Grimes, David A, Kenneth F Schulz (2002). Cohort studies: marching towards outcomes. THE LANCET • Vol 359 • January 26, 2002.

Gonález, César A. (2011) Demografía del envejecimiento: argumentos, problemas, temas no cubiertos y horizontes de investigación en México. SSA, *Envejecimiento humano: Una visión transdisciplinaria.* Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Geriatría. México DF.

Gutiérrez, Luis Miguel (2011). México y la revolución de la longevidad. SSA, *Envejecimiento humano: Una visión transdisciplinaria.* Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Geriatría. México DF.

Gutiérrez, Luis Miguel y Gutiérrez Avila, Héctor (2011). La investigación sobre el envejecimiento humano: un enfoque holístico. SSA, *Envejecimiento humano: Una visión transdisciplinaria.* Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Geriatría. México DF.

Huenchuan, Sandra y José M. Guzmán, (2007). "Seguridad económica y pobreza en la vejez: tensiones, expresiones y desafíos para el diseño de políticas". *Notas de Población* Nº 83. CEPAL, Chile.

López, María de la Paz, (2000). Los hogares. *DEMOS Carta demográfica sobre México, 2000.* Universidad Nacional Autónoma de México. México, DF.

Meadows, Donella.H. et al (1972). *Los límites del crecimiento: informe al Club de Roma sobre el predicamento de la Humanidad.* Fondo de Cultura Económica. México, DF.

Ordorica, Manuel (2010). La información demográfica en la definición, implantación, ejecución y evaluación de la Política de Población en México. García, Brígida y Ordorica, Manuel, *Población*. El Colegio de México, México, DF.

Popolo, Fabiana. (2000). Los problemas en la declaración de la edad de la población adulta mayor en los censos. LC/L.1442-P/E. Serie Población y Desarrollo. No. 8 60pp.Centro Latinoamericano de Demografía.

Ramírez García, Telésforo (2011). El efecto de la migración en el envejecimiento demográfico en México. SSA, *Envejecimiento humano: Una visión transdisciplinaria.* Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Geriatría. México DF.

Rojas Huerta, Abigail (2012). *Pensiones en México de la población femenina de 60 años y más.* Tesis de maestría en demografía. CEDUA, El Colegio de México. México, DF.

Rohrbach-Viadas, Cecilia (1992). Regard autre sur la vieillesse. Editions Payot, Lausanne.

SOMEDE (2011). *Conciliación demográfica de México y entidades federativas 1990-2010*. Sociedad Mexicana de Demografía. México, DF.

Vázquez Palacios, Felipe (1999). "Cultura de la ancianidad y de la muerte". *Papeles de población.* Centro de Investigaciones y Estudios Avanzados de la Población. UAEM. Año 5, número 19.

II
EL CAMINO DEMOGRÁFICO HACIA EL ENVEJECIMIENTO

Abigail V. Rojas huerta
Roberto Ham Chande

INTRODUCCIÓN

Mediante una revisión numérica de los eventos demográficos este capítulo brinda una perspectiva cronológica y demográfica del proceso de envejecimiento en México. Se muestra el rápido y a futuro inminente envejecimiento de la población que implica construir y adaptar los sistemas económicos, sociales, de salud y de seguridad social en un tiempo sustancialmente menor que lo experimentado por los países ya envejecidos. El proceso hacia el envejecimiento poblacional es resultado concomitante de la transición demográfica y epidemiológica. Las principales consecuencias de la primera transición son cambios en la tasa de crecimiento demográfico y la alteración de la estructura por edad que finalmente devienen en el envejecimiento de la población. Este fenómeno demográfico está relacionado con una de las etapas de la transición epidemiológica, donde se observa que la enfermedad y la muerte se mueven hacia los grupos de mayor edad. La mayor sobrevivencia a edades adultas aumenta la población con mayor grado de exposición a factores de riesgo asociados con las enfermedades crónicas y las lesiones. Así la proporción y número de personas de edad avanzada se incrementa junto con la presencia de padecimientos crónicos y degenerativos.

TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA

El proceso hacia el envejecimiento poblacional se mira como resultado de la transición demográfica, la cual es el proceso por el cual las poblaciones pasan de una situación caracterizada por niveles elevados y sin control de mortalidad y fecundidad, a otra de niveles bajos y controlados. Las principales consecuencias son cambios en la tasa de crecimiento demográfico y la alteración de la estructura por edad que finalmente devienen en el envejecimiento de la población. En la fase *incipiente* de la transición demográfica la mortalidad desciende y la fecundidad se mantiene constante y con niveles altos, generando un incremento rápido y sostenido de la población. Esta baja en la mortalidad es más notoria en edades tempranas y tiene como consecuencia el rejuvenecimiento de la población. En la fase *moderada* la fecundidad desciende de forma más acelerada que la mortalidad, dando lugar a menos

nacimientos y se genera un envejecimiento por la base de la pirámide, es decir, la disminución de la proporción de niños con respecto del total. La *plena* transición se observa al pasar a bajas tasas de mortalidad y fecundidad. En ésta fase las edades medias aumentan en el total de la población como consecuencia de las altas tasas de fecundidad en el pasado reciente, pero sólo temporalmente. El proceso de envejecimiento comienza a notarse. La última fase de la transición demográfica es la *avanzada*, y sucede cuando la fecundidad tiene tiempo de haber bajado, la disminución en la mortalidad ha sido un logro y los nuevos avances son principalmente en las edades avanzadas. En esta etapa el envejecimiento es notable y se supone perenne.

Una revisión numérica de los eventos demográficos da una perspectiva cronológica del proceso de envejecimiento en México. La década de los 30 en el siglo xx marca el principio de la transición demográfica. Una vez pasada la revolución mexicana como parte de las acciones por la construcción de la economía y la sociedad, los niveles de mortalidad disminuyen de manera rápida y sostenida, de tasas de 27.6 por mil habitantes en la década de los 20, a 24.4 por mil en la siguiente década, mientras que las tasas de natalidad permanecen altas y por encima de 44.0 por mil. La disminución de la mortalidad es resultado de las mejoras en la atención médica, las condiciones sanitarias, la alimentación y condiciones en la vivienda (Camposortega, 1997). Las políticas públicas intentaban el crecimiento económico y el desarrollo social mediante inversión en educación, se inician campañas de alfabetización durante ese periodo, las cuales fueron intensas con el objetivo de incrementar el desarrollo del capital humano.

Dos eventos han tenido un efecto particular en la dinámica de la población a partir de la década de los 60´s del siglo xx (Cervantes, 1999). Primero, un cambio radical en la percepción del Estado de la relación entre crecimiento de la población y desarrollo socioeconómico, con una política orientada al control del crecimiento poblacional. Segundo, una dramática reducción de las tasas globales de fecundidad, posibilitada por un incremento significativo de la prevalencia anticonceptiva que redujo con eficacia el crecimiento poblacional. La aplicación de estas políticas se vio rápidamente reflejada en la tasa global de fecundidad, la cual se redujo de 7.3 en 1960 a 6.5 en 1970. Hacia 1990 la tasa global de fecundidad ya fue de 3.3, menos de la mitad que la registrada en 1970.

En la primera década del siglo XXI, en 2010, México se encuentra en la fase de plena transición demográfica que se expresa en un descenso más acelerado de la fecundidad que de la

mortalidad y hay un notorio envejecimiento por la base de la pirámide, (Chackiel, 2000). La población alcanza 112.3 millones de habitantes con una tasa de crecimiento promedio anual de 1.8 % entre 2005 y 2010. La tasa bruta de natalidad es de 19.7 por mil y la de mortalidad es 5.6 por mil, con una tasa global de fecundidad de 2.3. La estructura por edad se ha modificado dejando porcentajes de 29.3 para la población de 0 a 14 años, la población de 15 a 59 años representa 61.6 % y la P60+ es 9.1 %. Estos promedio nacionales deben considerar que aun cuando México se encuentra en plena transición demográfica, ésta no es uniforme pues existen claras diferencias entre regiones, estados e incluso entre municipios de un mismo estado.

TRANSICIÓN EPIDEMIOLÓGICA

La transición epidemiológica es el cambio de los patrones de salud y enfermedad, así como las interacciones entre estos patrones y sus consecuencias y determinantes demográficos, económicos y sociológicos. Omran (1971) distinguía tres etapas en la transición epidemiológica, cuya secuencia es: a) epidemias y hambrunas, b) descenso y desaparición de las pandemias y c) enfermedades degenerativas y condiciones de salud afectadas por la civilización.

“El primer cambio se da en las enfermedades infecciosas, la desnutrición y los problemas derivados de la reproducción que ceden importancia ante las enfermedades no transmisibles, las lesiones, los padecimientos mentales y las nuevas infecciones como principales causas de muerte. En el segundo cambio, la enfermedad y la muerte se mueven hacia los grupos de mayor edad. La mayor sobrevivencia a edades adultas aumenta el grado de exposición a factores de riesgo asociados con las enfermedades crónicas y las lesiones. Así el incremento de la proporción de personas de edad avanzada aumenta junto con la presencia de padecimientos crónicos y degenerativos. Un tercer cambio consiste en el tránsito de una situación de salud dominada por la mortalidad a otra donde la morbilidad y sus efectos no letales es lo demandante. Así se da el incremento relativo de las enfermedades crónicas junto con medidas que permiten posponer la muerte. Como resultado, se llega a una percepción diferente del significado social de la enfermedad. Ésta pasa de ser un proceso agudo y transitorio que se resuelve rápidamente y con bajo costo, ya sea con la curación o con la muerte, para constituirse en un estatus crónico de consecuencias importantes por la creciente carga psicológica, social y económica” (González y Ham, 2007).

CONCOMITANCIA DE LAS TRANSICIONES

Como parte de la transición demográfica, la disminución de la mortalidad ha sido resultado de la transición epidemiológica. De hecho la relación es tan inmediata que ambas transiciones son concomitantes. La reconocida evidencia señala que las enfermedades crónico-degenerativas han desplazado a las enfermedades infecciosas como las principales causas de morbilidad y mortalidad. Estos cambios que definen la transición epidemiológica de acuerdo con los planteamientos de Omran, están directamente relacionados con los cambios en las estructuras por edad de la población, la menor fecundidad, la mayor supervivencia a la vejez y la creciente longevidad. Pero en el caso de México y América Latina los esquemas señalados no se adecuan totalmente y se deben considerar variaciones a este patrón. En México la transición epidemiológica se caracteriza por un esquema mixto, con las enfermedades crónicas ya siendo las principales causas de muerte, pero con enfermedades infecciosas propias de la pobreza que mantienen significativas prevalencias de mortalidad y morbilidad, incluso con niveles más altos a los esperados (Samper-Ternent, Michaels-Obregon, Wong y Palloni, 2012). Ciertamente que la transición epidemiológica en México está en marcha, pero al interior del país tiene ritmos diferentes explicados por diferencias en estatus socioeconómicos.

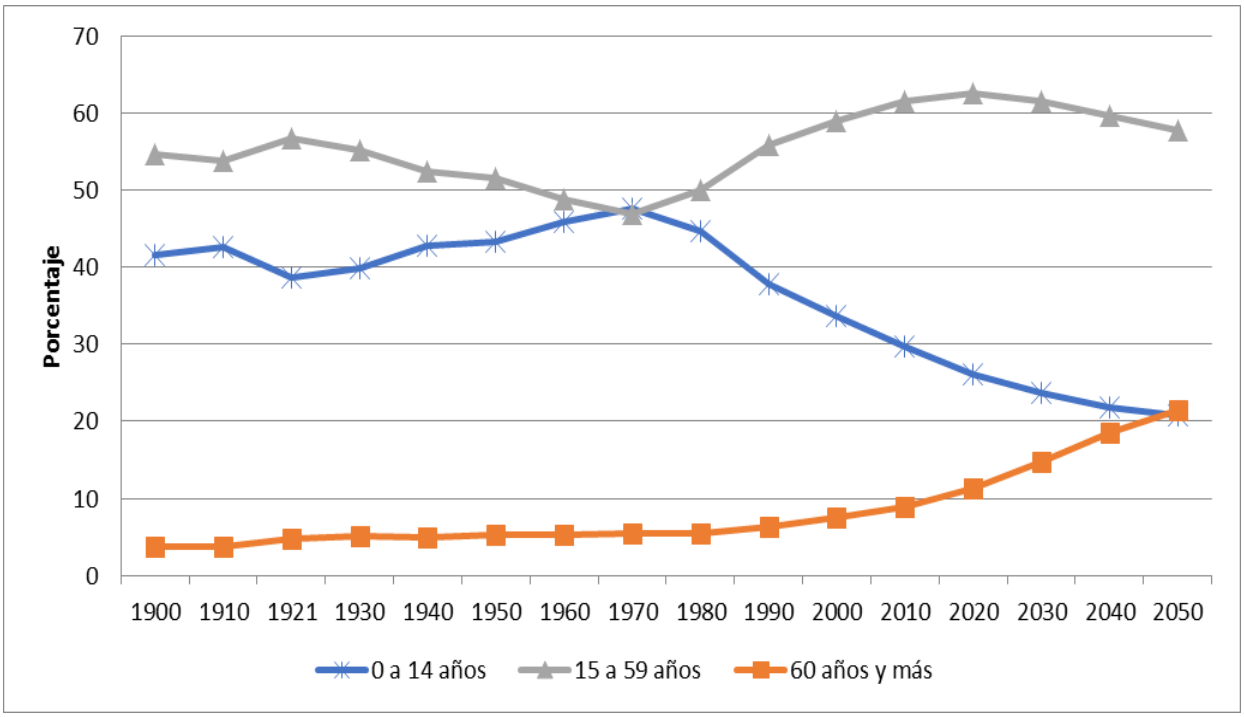
Además, la población todavía no envejecida tiene la presencia mayor, aunque esté ocupando un porcentaje cada vez más grande. En estas condiciones las estrategias de salud deben continuar hacia la prevención y cura de las enfermedades transmisibles que afecta a los estratos en pobreza y al mismo tiempo atender la prevención y terapia de las enfermedades crónicas que afectan a la creciente población envejecida. De esta manera los servicios de salud deben considerar un conjunto de demandas que no sólo es más variado, sino que se está transformando en razón de la transición epidemiológica y el envejecimiento.

MONTOS Y ESTRUCTURAS DE LA POBLACIÓN DE 60 Y MÁS

La gráfica 1 muestra la distribución porcentual en tres grandes grupos de edad de la población del país, por decenios, desde inicios del siglo XX hasta 2010, además de proyecciones de 2020 a 2050. Se describe cómo el proceso de envejecimiento se ha acelerado desde la última

década del siglo pasado y se espera que a partir de la mitad del presente siglo la P60+ sobrepase en tamaño la población de niños y adolescentes de 0 a 14 años de edad. Mirando las trayectorias, desde 1900 el porcentaje de la P60+ siempre ha sido creciente en comparación con las cambiantes rutas de los grupos de 0 a 14 y de 15 a 59 años. Luego de crecer sustancialmente, la población menor de 15 años comenzó a disminuir en participación a partir de los años 70, efecto de las políticas de población iniciadas a mediados de la década anterior, específicamente diseñadas para disminuir los niveles de fecundidad. Las estadísticas en 1968 registraron la mayor tasa global de fecundidad de la historia, de 7.1 hijos (Mendoza y Tapia, 2010, p. 15), a partir de los cual inicia un marcado descenso de manera que en 1990 este indicador se redujo a 3.4 y pasa a ser 2.2 en 2009 (CONAPO, 2011). Se espera que la tendencia a la baja continúe en las próximas décadas, aunque a menor ritmo.

Gráfica 1. Distribución porcentual en grandes grupos de edad. México, 1900-2050.



Fuente: Elaboración propia con base a tabulados de Censos de 1900 a 1980, INEGI. Los datos fueron corregidos y estimados a mitad de los años censales. Conciliación censal 1990 a 2010 y Proyecciones de población 2010 a 2050, CONAPO.

El cuadro 1 muestra los montos de la P60+, en el total y dividida por sexo, junto a las tasas de crecimiento anual, de 1900 a 2010 con proyecciones a 2050. Estas cifras censales y proyecciones presentan variaciones dentro del amplio rango de 0.85% a 3.61%. La tasa anual de crecimiento en la presente década se estima en 3.1% mientras que para la población total es de 1.1%, lo que denota la creciente importancia del envejecimiento demográfico.

Cuadro 1. Población de 60 años y más por sexo y tasas de crecimiento anual. México, 1900-2050

Año	Hombres	Mujeres	Total	Tasa de crecimiento anual (%)
1900	270,564	243,564	514,128	
1910	286,051	273,581	559,632	0.85
1920	336,880	340,475	677,355	1.93
1930	411,534	424,182	835,716	2.12
1940	481,545	508,946	990,491	1.71
1950	665,403	725,999	1,391,402	3.46
1960	938,917	978,194	1,917,111	3.26
1970	1,322,909	1,411,446	2,734,355	3.61
1980	1,756,275	1,933,732	3,690,007	3.04
1990	2,671,637	2,865,228	5,536,865	4.14
2000	3,569,808	3,963,491	7,533,299	3.13
2010	4,746,212	5,449,605	10,195,817	3.07
2020	6,612,680	7,813,200	14,425,880	3.53
2030	9,200,953	11,164,886	20,365,839	3.51
2040	11,979,594	14,985,070	26,964,663	2.85
2050	14,244,660	18,182,538	32,427,198	1.86

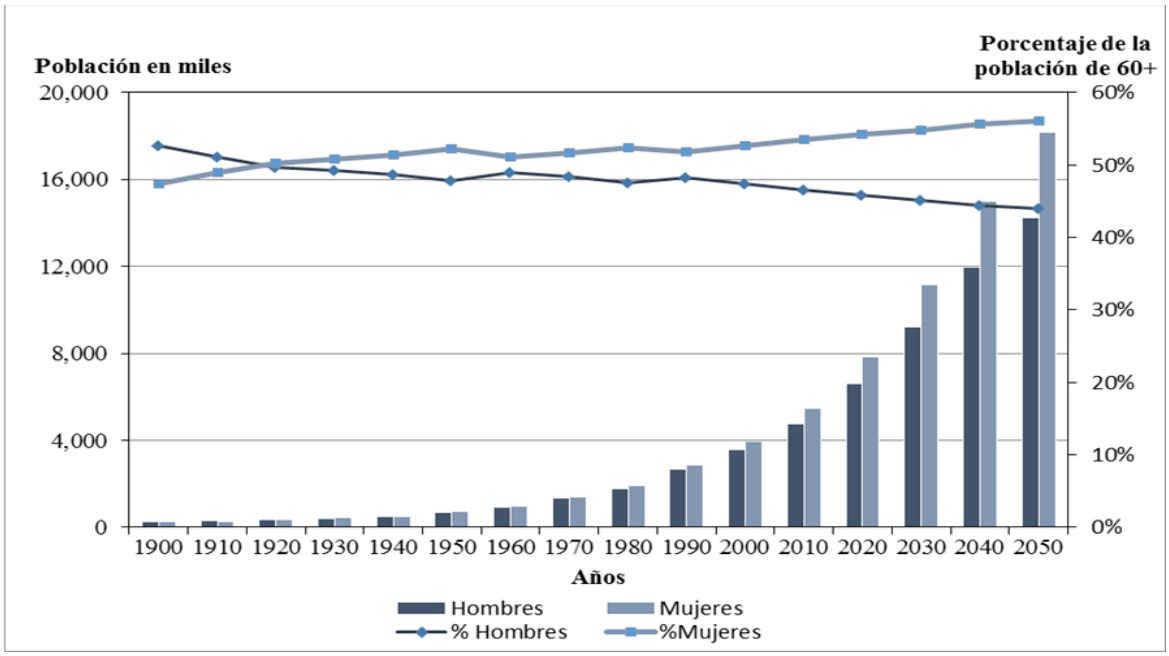
Fuente: Elaboración propia con base a tabulados de Censos de 1900 a 1980, INEGI. Los datos fueron corregidos y estimados a mitad de los años censales. Conciliación censal 1990 a 2010 y Proyecciones de población 2010 a 2050, CONAPO.

En 2010 la P60+ era de 10.2 millones de personas, se duplicará en 2030 con 20.4 millones y llegará al triple con 32.4 millones en 2050. En otra aritmética que ilustra el rápido envejecimiento, en 2010 una de cada nueve personas tenía 60+ y en 2050 serán una de cada cinco. En este caso, el aumento del volumen va acompañado con el crecimiento de la proporción del grupo P60+. Entre 2000 y 2010 pasó de 7.5% a 8.9%, y llegará a 14.8% en 2030 a 21.5% en

2050. Las cifras son más altas para las mujeres que para los hombres. En 2000 el país tenía 3.9% de mujeres de P60+ contra 3.5% de hombres. Para 2050 se espera que la proporción de mujeres de la P60+ llegue a 12.0% contra 9.4% de hombres.

La gráfica 2 muestra la evolución y composición absoluta y porcentual por sexo del grupo P60+ de 1900 hasta 2050. Destaca el hecho que la participación de las mujeres envejecidas rebasa el 50% de la población total de P60+ después de la década de 1920. No hay una explicación documentada sobre la mayor representación de la P60+ masculina en esta población, la posible explicación podría ser que se olvidaran de incluir la presencia de adultos mayores, principalmente mujeres, en el momento de realizar el levantamiento censal.

Gráfica 2. Población absoluta y porcentual de P60+ por sexo. México, 1900-2050



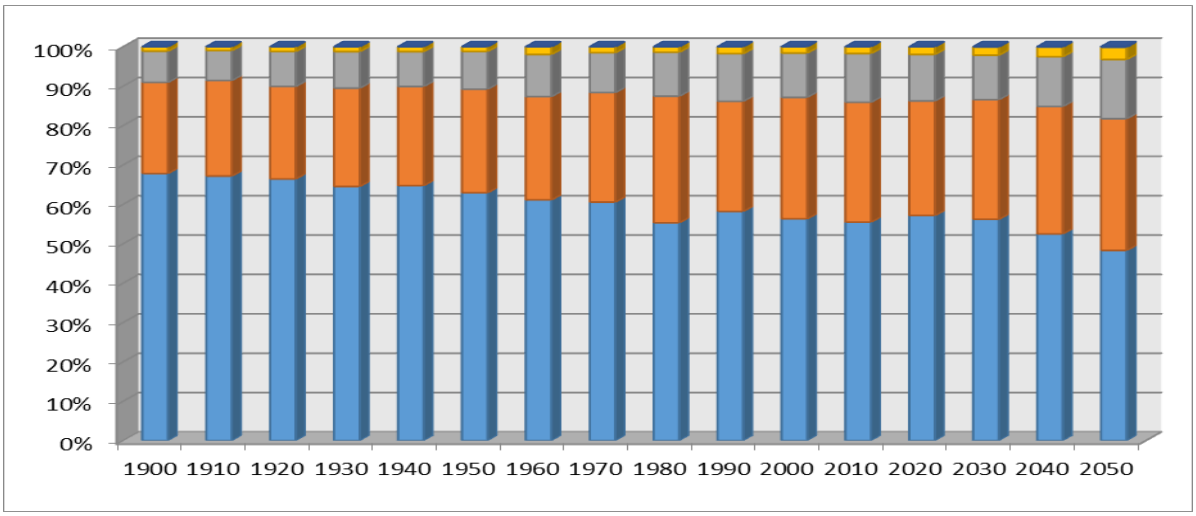
Fuente: Elaboración propia con base a cuadro 1.

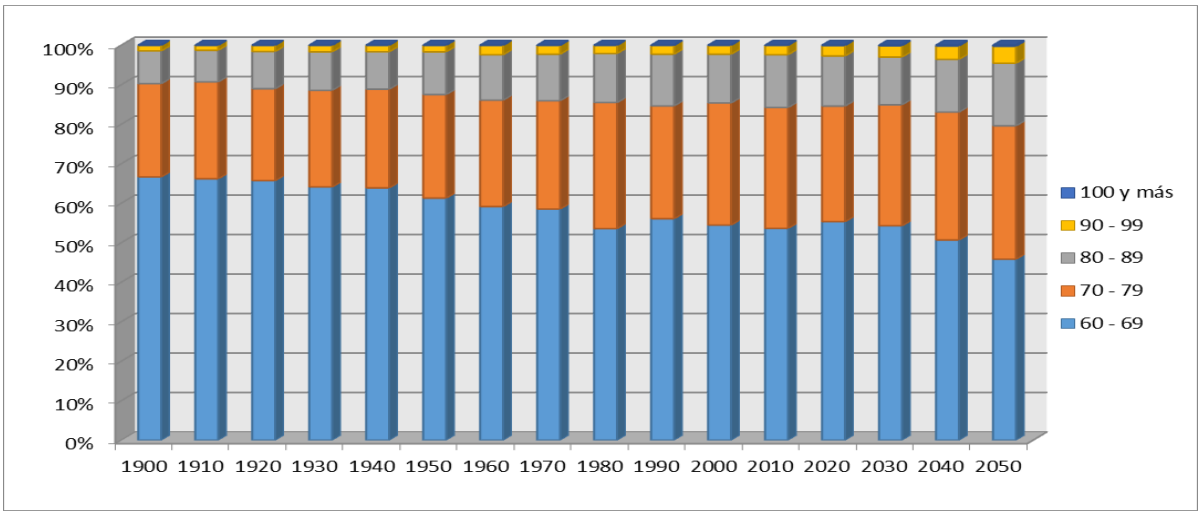
La dinámica demográfica de la población de P60+ es particular. La estructura se modifica principalmente por la mayor sobrevivencia para llegar a 60 y al aumento de la longevidad ya en esas edades. La migración actúa en menor medida en esta etapa de la vida (CONAPO, 2011). Para describir los cambios que ha experimentado la población de P60+ el cuadro 2 y la gráfica 3 muestran la estructura de esta población en ese mismo lapso de 1900 a 2050. Esta gráfica muestra la distribución porcentual de la población de hombres y mujeres de P60+ por grupos

decenales de edad, donde se ve un claro proceso de *envejecimiento de la vejez*, cuando las tasas de crecimiento y los porcentajes de población son mayores mientras más altas sean las edades

En el cuadro 2 se recurre a las cifras para dar cuenta en términos absolutos y porcentuales la distribución de la población de P60+ por sexo y grupos decenales de edad. Se señala que la población de P60+ se ha ido incrementando significativamente en los últimos años. En 1900 había 514 mil habitantes de P60+; en 1950 casi se triplicó esta población llegando a ser 1.4 millones de personas en este grupo de edad, de los cuales 665 mil eran hombres y 726 mil eran mujeres; en 2000 la cifra se quintuplicó, pues a mitad de ese año se calculó que habían 7.5 millones de adultos de P60+, con cifras de 52.6% para las mujeres. Para el año 2050 se proyecta que en la P60+ sean 30.5 millones. También se observan en el cuadro 2 y gráfica 3 la heterogeneidad de esta población y los cambios en la composición porcentual en los grupos de edad.

Gráfica 3. Distribución porcentual de la población masculina y femenina de P60+ por grupos de edad. México, 1900-2050.





Fuente: Elaboración propia con base a tabulados de Censos de 1900 a 1980, INEGI. Los datos fueron corregidos y estimados a mitad de los años censales. Conciliación censal 1990 a 2010 y Proyecciones de población 2010 a 2050, CONAPO.

La participación del grupo (60-69) disminuye con el tiempo, tanto para hombres como para mujeres, mientras que la proporción del grupo (70-79) oscila entre 23-39% para hombres y mujeres. A inicios de siglo, el grupo de (60-69) representaba 67% de la P60+, a inicios de este siglo era 55%. Se estima que (60-69) siga perdiendo representatividad porcentual y que descenderá a 46% del total de la P60+. Es así que los grupos más viejos han ido teniendo mayor presencia a través de un mayor crecimiento, hecho explicado por la mayor longevidad de las personas en la P60+. Un hecho notables es que las personas que tenían 80 años y más de edad en 1900 eran 9.4% de la población de P60+, proporción que aumenta a 15% en 2010, y para 2050 se espera en casi 20.0%.

Cuadro 2. Distribución absoluta y porcentual de la población de P60+ por sexo y grupos de edad. México, 1900-2050

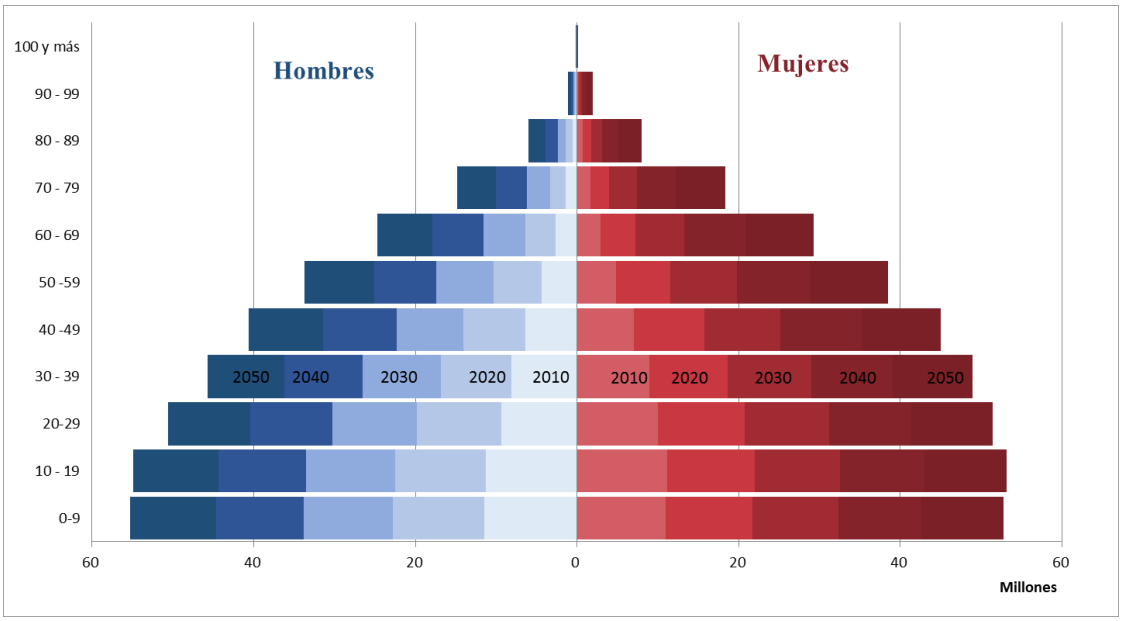
Año	Grupos de edad					Total	Grupos de edad					Total
	60 - 69	70 - 79	80 - 89	90 - 99	100 y más		60 - 69	70 - 79	80 - 89	90 - 99	100 y más	
Población masculina												
1900	183 470	62 569	21 427	3 044	54	270 564	67.8%	23.1%	7.9%	1.1%	0.0%	100%
1910	192 111	69 441	21 627	2 822	50	286 051	67.2%	24.3%	7.6%	1.0%	0.0%	100%
1920	223 738	79 147	29 853	4 071	71	336 880	66.4%	23.5%	8.9%	1.2%	0.0%	100%
1930	265 505	102 693	38 114	5 131	91	411 534	64.5%	25.0%	9.3%	1.2%	0.0%	100%
1940	311 650	121 206	42 670	5 911	108	481 545	64.7%	25.2%	8.9%	1.2%	0.0%	100%
1950	418 634	174 969	63 715	7 956	129	665 403	62.9%	26.3%	9.6%	1.2%	0.0%	100%
1960	573 698	246 276	100 408	18 174	361	938 917	61.1%	26.2%	10.7%	1.9%	0.0%	100%
1970	800 979	367 757	133 724	20 054	395	1 322 909	60.5%	27.8%	10.1%	1.5%	0.0%	100%
1980	971 204	564 242	195 961	24 436	432	1 756 275	55.3%	32.1%	11.2%	1.4%	0.0%	100%
1990	1 554 571	746 625	322 741	46 765	935	2 671 637	58.2%	27.9%	12.1%	1.8%	0.0%	100%
2000	2 009 384	1 101 167	401 338	56 874	1 045	3 569 808	56.3%	30.8%	11.2%	1.6%	0.0%	100%
2010	2 631 775	1 445 683	585 864	81 407	1 483	4 746 212	55.5%	30.5%	12.3%	1.7%	0.0%	100%
2020	3 778 018	1 924 537	779 391	127 777	2 958	6 612 680	57.1%	29.1%	11.8%	1.9%	0.0%	100%
2030	5 168 258	2 794 506	1 038 458	193 439	6 292	9 200 953	56.2%	30.4%	11.3%	2.1%	0.1%	100%
2040	6 285 660	3 875 830	1 511 809	295 241	11 054	11 979 594	52.5%	32.4%	12.6%	2.5%	0.1%	100%
2050	6 875 120	4 765 268	2 141 682	444 993	17 597	14 244 660	48.3%	33.5%	15.0%	3.1%	0.1%	100%
Población femenina												
1900	162 352	57 491	20 217	3 428	76	243 564	66.7%	23.6%	8.3%	1.4%	0.0%	100%
1910	181 059	67 129	21 884	3 431	78	273 581	66.2%	24.5%	8.0%	1.3%	0.0%	100%
1921	223 772	79 193	32 087	5 306	116	340 475	65.7%	23.3%	9.4%	1.6%	0.0%	100%
1930	271 988	103 755	41 364	6 920	155	424 182	64.1%	24.5%	9.8%	1.6%	0.0%	100%
1940	325 092	127 191	48 191	8 283	189	508 946	63.9%	25.0%	9.5%	1.6%	0.0%	100%
1950	445 005	190 271	78 585	11 879	259	725 999	61.3%	26.2%	10.8%	1.6%	0.0%	100%
1960	578 721	263 362	112 427	23 104	580	978 194	59.2%	26.9%	11.5%	2.4%	0.1%	100%
1970	826 175	386 878	166 227	31 354	812	1 411 446	58.5%	27.4%	11.8%	2.2%	0.1%	100%
1980	1 035 900	617 102	240 159	39 662	909	1 933 732	53.6%	31.9%	12.4%	2.1%	0.0%	100%
1990	1 606 688	817 926	375 271	63 698	1 645	2 865 228	56.1%	28.5%	13.1%	2.2%	0.1%	100%
2000	2 158 715	1 225 256	488 873	88 507	2 140	3 963 491	54.5%	30.9%	12.3%	2.2%	0.1%	100%
2010	2 922 769	1 666 945	728 993	127 873	3 025	5 449 605	53.6%	30.6%	13.4%	2.3%	0.1%	100%
2020	4 322 670	2 287 110	990 811	206 174	6 435	7 813 200	55.3%	29.3%	12.7%	2.6%	0.1%	100%
2030	6 060 286	3 422 055	1 348 348	319 997	14 201	11 164 886	54.3%	30.7%	12.1%	2.9%	0.1%	100%
2040	7 595 766	4 853 932	2 001 186	506 360	27 826	14 985 070	50.7%	32.4%	13.4%	3.4%	0.2%	100%
2050	8 332 700	6 138 609	2 879 842	785 068	46 318	18 182 538	45.8%	33.8%	15.8%	4.3%	0.3%	100%
Población total												
1900	345 822	120 060	41 644	6 472	130	514 128	67.3%	23.4%	8.1%	1.3%	0.0%	100%
1910	373 170	136 570	43 511	6 253	128	559 632	66.7%	24.4%	7.8%	1.1%	0.0%	100%
1920	447 511	158 340	61 939	9 377	187	677 355	66.1%	23.4%	9.1%	1.4%	0.0%	100%
1930	537 493	206 448	79 478	12 051	246	835 716	64.3%	24.7%	9.5%	1.4%	0.0%	100%
1940	636 742	248 397	90 861	14 194	297	990 491	64.3%	25.1%	9.2%	1.4%	0.0%	100%
1950	863 639	365 240	142 300	19 835	388	1 391 402	62.1%	26.2%	10.2%	1.4%	0.0%	100%
1960	1 152 419	509 638	212 835	41 278	941	1 917 111	60.1%	26.6%	11.1%	2.2%	0.0%	100%
1970	1 627 154	754 635	299 951	51 408	1 207	2 734 355	59.5%	27.6%	11.0%	1.9%	0.0%	100%
1980	2 007 104	1 181 344	436 120	64 098	1 341	3 690 007	54.4%	32.0%	11.8%	1.7%	0.0%	100%
1990	3 161 259	1 564 551	698 012	110 463	2 580	5 536 865	57.1%	28.3%	12.6%	2.0%	0.0%	100%
2000	4 168 099	2 326 423	890 211	145 381	3 185	7 533 299	55.3%	30.9%	11.8%	1.9%	0.0%	100%
2010	5 554 545	3 112 627	1 314 857	209 280	4 508	10 195 817	54.5%	30.5%	12.9%	2.1%	0.0%	100%
2020	8 100 687	4 211 647	1 770 202	333 951	9 393	14 425 880	56.2%	29.2%	12.3%	2.3%	0.1%	100%
2030	11 228 544	6 216 561	2 386 806	513 436	20 493	20 365 839	55.1%	30.5%	11.7%	2.5%	0.1%	100%
2040	13 881 426	8 729 762	3 512 994	801 601	38 880	26 964 663	51.5%	32.4%	13.0%	3.0%	0.1%	100%
2050	15 207 820	10 903 877	5 021 524	1 230 061	63 915	32 427 198	46.9%	33.6%	15.5%	3.8%	0.2%	100%

Fuente: Elaboración propia con base a tabulados de Censos y Conteos de 1900 a 1980, INEGI. Los datos fueron corregidos y estimados a mitad de los años censales. Conciliación censal 1990 a 2010 y Proyecciones de población 2010 a 2050, CONAPO.

Actualmente, la mayor parte de la población de P60+ nació antes de la creación de los institutos de seguridad social del país, lo cual pone al grupo en mayor desventaja social y económica, principalmente para los grupos más viejos[2]. La desigualdad social, imperante en el país, provocó que en la época de niñez y juventud de estas cohortes el acceso a la educación se limitara al ámbito urbano y favorecido, con lo cual las oportunidades de empleos con seguridad social fueron mínimas. La situación cambió paulatinamente en décadas posteriores, originando mayor educación de las generaciones viejas por venir y una mayor participación en el empleo de la población femenina.

Las últimas proyecciones de población hechas por CONAPO muestran el comportamiento demográfico esperado del país bajo la recurrida técnica de supuestos sobre la fecundidad, migración y mortalidad esperados. Como lo esperado es apenas una aproximación, las proyecciones deben actualizarse con el tiempo para actualizar supuestos de acuerdo a las tendencias que se estén presentando en las componentes demográficas y su vinculación a cuestiones económicas y sociales.

Gráfica 4. Pirámide Población de México por sexo y grupos de edad, 2010-2050.



Fuente: Elaboración propia con base a las Proyecciones de población 2010 a 2050, CONAPO.

[2] Conocido como efecto de cohorte que hace referencia a la influencia de factores endógenos (biológicos) y exógenos-estructurales (socioeconómicos y de comportamiento) presentes desde el nacimiento y que se acumulan a lo largo del curso de vida, produciendo riesgos diferenciados entre distintas cohortes.

En la gráfica 4 se muestran la pirámide se población de 2010 y la proyección a 2050, en la que se observa cómo se incrementa la población en el total y en la división entre hombres y mujeres. Al comparar visualmente los grupos de edad la P60+ y sus grupos decenales de edad se considera un comportamiento creciente más rápido que la población total. En los grupos de edad más jóvenes se observa una rectangularización de la pirámide al paso del tiempo, lo cual es también indicio del envejecimiento demográfico en la parte baja de la pirámide. Asimismo la población femenina se muestra con mayor ponderación en los grupos etarios desde las edades reproductivas y es más notorio en edades avanzadas.

Este rápido e inminente envejecimiento de la población significa que se deberán construir y adaptarse los sistemas económicos, sociales, de salud y de seguridad social en un tiempo menor que lo experimentado por los países ya envejecidos. La mayor presencia de mujeres que llegan al envejecimiento obliga a recordar que tienen condiciones más adversas y diversas a las de los hombres. Estas cifras y proyecciones indican la clase de acciones y políticas que se requieren frente a los requerimientos de un envejecimiento demográfico como el previsto.

Referencias Bibliográficas

Camposortega, S. (1997). Cambios en la mortalidad. Cien años de mortalidad en México. *DemoS No. 10.* Ed.:UNAM, Coordinación de Humanidades, Instituto de Investigaciones Sociales, Fondo de Población de las Naciones Unidas, INEGI, El Colegio de México. p. 11-13.

Cervantes, A. (1999). Políticas de población, control de la fecundidad y derechos reproductivos: una propuesta analítica. En B. García (Ed.), *Mujer, género y población en México* (pp. 363–429). México, D.F.: El Colegio de México-Sociedad Mexicana de Demografía.

Consejo Nacional de Población. (2012). *Estimaciones de la Población. Nacional 1990-2010.* Consultado en febrero de 2013 en http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Proyecciones

Consejo Nacional de Población. (2011). *Perfiles de salud reproductiva República Mexicana.* México: Consejo Nacional de Población. Consultado en febrero de 2013 en http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Republica_Mexicana_Perfiles_de_Salud_Reproductiva

Consejo Nacional de Población. (2013). *Proyecciones de Población 2010 a 2050.* Consultado en abril de 2013 en http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Proyecciones

Chackiel, J. (2000). *El envejecimiento de la población latinoamericana: ¿hacia una relación de dependencia favorable?* Santiago de Chile: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) – División de Población. Consultado en enero de 2013 en http://inmayores.mides.gub.uy/innovaportal/file/1355/1/cepal-chakiel.pdf

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (1900). *Censo General de la República Mexicana*. México: INEGI. Consultado en febrero de 2013 en http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/Proyectos/ccpv/default.aspx

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (1910). *Tercer Censo de la Población de los Estados Unidos Mexicanos*. México: INEGI. Consultado en febrero de 2013 en http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/Proyectos/ccpv/default.aspx

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (1921). *Censo General de Habitantes.* México: INEGI. Consultado en febrero de 2013 en http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/Proyectos/ccpv/default.aspx

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (1930). *Quinto Censo General de Población. México: INEGI.* Consultado en febrero de 2013 en http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/Proyectos/ccpv/default.aspx

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (1940). *Sexto Censo General de Población*. México: INEGI. Consultado en febrero de 2013 en http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/Proyectos/ccpv/default.aspx

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (1950). *Séptimo Censo General de Población*. México: INEGI. Consultado en febrero de 2013 en http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/Proyectos/ccpv/default.aspx

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (1960). VIII *Censo General de Población*. México: INEGI. Consultado en febrero de 2013 en http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/Proyectos/ccpv/default.aspx

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (1970). IX *Censo General de Población*. México: INEGI. Consultado en febrero de 2013 en http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/Proyectos/ccpv/default.aspx

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (1980). X *Censo General de Población y Vivienda*. México: INEGI. Consultado en febrero de 2013 en http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/Proyectos/ccpv/default.aspx

González, C. Y Ham, R. (2007). Funcionalidad y salud: tipología del envejecimiento en México. *Salud Pública de México*. 49, suplemento 4.

Mendoza, M. y Tapia, G. (2010). Situación demográfica de México 1910-2010. En CONAPO, Situación demográfica de México 2010. México: CONAPO, pp. 11-24. Consultado en febrero 2013 en http://www.portal.conapo.gob.mx/publicaciones/sdm/sdm2010/00.pdf

Omran, A. (1971). *The epidemiologic transition; a theory of the epidemiology of population change*, in Milbank Mem Fund Quart, núm. 49.

Samper-Ternent, R., Michaels-Obregon, A., Wong, R., & Palloni, A. (2012). Older adults under a mixed regime of infectious and chronic diseases. *Salud Pública de México*, *54*(5), 487–495.

III

SUPERVIVENCIA Y ENVEJECIMIENTO POR COHORTES

Abigail V. Rojas Huerta
Roberto Ham Chande
María Rosa Gudiño

INTRODUCCIÓN

Conocer la evolución demográfica, el ambiente social, la situación económica y las condiciones de salud que se han experimentado durante el curso de vida por cohortes es esencial para comprender las características actuales de la población envejecida. Este capítulo presenta un análisis del crecimiento y composición de la población de 60 años y más en 2010 a través de cohortes decenales de nacimiento construidas con información censal del siglo XX y de las Proyecciones de Población de 2010 a 2050 del Consejo Nacional de Población. Se presenta de manera general las características, circunstancias, y factores sociales, económicos, y epidemiológicos que históricamente vivieron las diferentes cohortes decenales durante el siglo XX e inicios del XXI. Se muestra que los volúmenes y porcentajes de la población que llega a edades mayores incrementan con el paso del tiempo, como resultado de la inercia de la población joven generada por la alta fecundidad pasada, de la disminución de la mortalidad ocasionada por las mejores condiciones de vida y salud a edades tempranas y también dan lugar a los incrementos en la longevidad. El panorama sanitario, económico y social son elementos necesarios que contextualizan los efectos de eventos específicos que determinan la dinámica demográfica.

COHORTES Y TRAYECTORIAS CENSALES

Conocer la evolución demográfica, el ambiente social, la situación económica y las condiciones de salud que se han experimentado durante el curso de vida es esencial para comprender las características actuales de la población envejecida. Este capítulo es un análisis del crecimiento y composición de la población de 60 años y más (P60+) en 2010 a través de cohortes decenales de nacimiento con la información censal del siglo XX. Asimismo, se agrega la información de las Proyecciones de Población de 2010 a 2050 del Consejo Nacional de Población (CONAPO, 2013) para conjeturar sobre el comportamiento demográfico esperado de la

P60+. Esta primera sección examina las cinco cohortes decenales de edades [60-69], [70-79], [80-89], [90-99], y [100+] que en 2010 eran la P60+. El año 2010 es el pivote en este estudio.

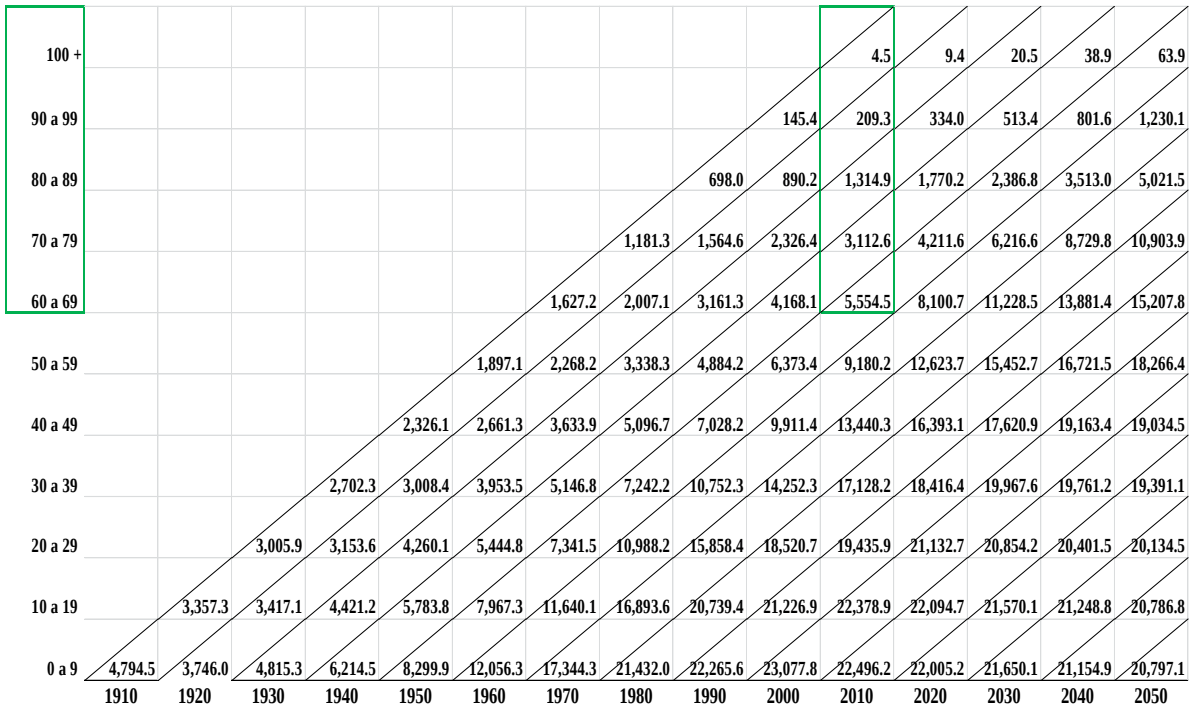
Una consideración principal es que las proyecciones y escenarios son primordiales para la implementación de programas dirigidos a la atención del envejecimiento de la población.

Bajo la estructura de Lexis, el diagrama 1 describe la evolución del tamaño de las cohortes por decenios de edad y décadas en el calendario. La lectura por diagonales muestra la población sobreviviente en el tiempo y la edad a partir de la cohorte inicial. De la misma manera se muestran los diagramas 2 y 3 correspondientes a las cohortes por cada sexo. Estos seguimientos por décadas requieren precisiones. En primer lugar debe considerarse la calidad de la información censal, particularmente de los defectos en los censos más anteriores, que son los que se están utilizando. Más que las cifras censales la conveniencia es utilizar las propuestas de conciliación que se han construido para dar congruencia a las series estadísticas y las proyecciones. Los datos de la conciliación de 1990 a 2010 y las proyecciones de población de 2010 a 2050 de CONAPO fueron revisados y estimados a mitad de los años censales.

Asimismo las conciliaciones de CONAPO no abarcaban las edades extremas, lo que ha obligado a ajustes en esas edades. Los datos de la población de 80 años y más se estimaron a partir de poblaciones estables. Asimismo, la inquietud de la revolución mexicana impidió realizar el censo en 1920 y no se hizo sino hasta 1921. Para mantener la estructura por decenios la población de 1920 se estimó considerando las cifras del decenio anterior y las del censo de 1921.

Otro tipo de observación se refiere a la dinámica en el tiempo y la edad de las cohortes cuando aparte de la mortalidad también interviene la migración. En todo caso, la más determinante de las componentes para la dinámica demográfica por cohortes es la mortalidad y de ahí que en las descripciones predomine el concepto de *sobrevivencia*. Aunque la población también experimentó disminución por salidas del país y aumentos por llegadas al país, finalmente el fenómeno migratorio no se hace explícito en el desarrollo de las cohortes y su estructura por edad.

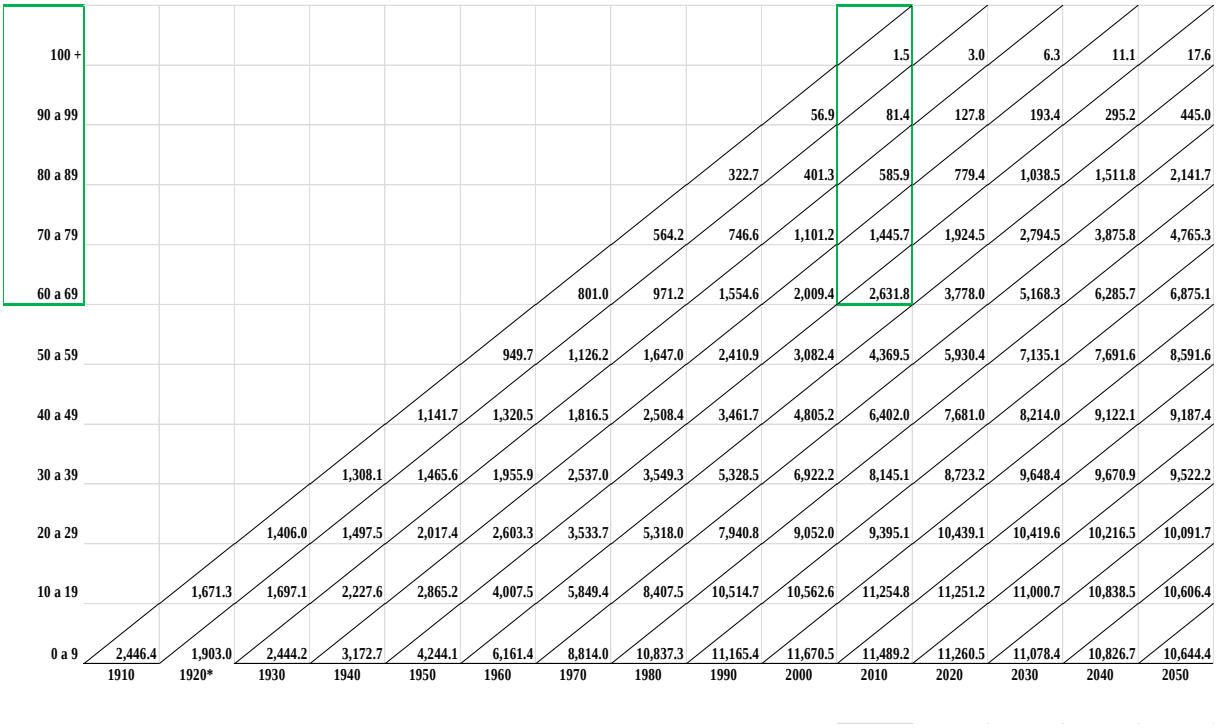
Diagrama 1. Cohortes decenales de la población mexicana nacidas entre 1900 y 1950 (miles)



Fuente: Elaboración propia con base a tabulados de Censos de 1900 a 1980, INEGI.

Los diagramas muestran las estimaciones de la población que llega a edades mayores y cómo va aumentado conforme las cohortes son más recientes. Estos incrementos se deben por una parte a la disminución de la mortalidad ocasionada por las mejores condiciones de vida y salud del país. Asimismo, estas cohortes provienen de la mayor supervivencia de las madres que les dieron lugar, junto con los aumentos en las tasas de fecundidad. La cohorte nacida entre 1900 y 1909 y estimada a mitad del año 1910 alcanzó [60 a 69] años de edad en 1960 sumaban 1 millón, 1627 mil personas. En 2010 el grupo [60 a 69] es 3.4 veces mayor con 5 millones 554 mil personas provenientes de la cohorte nacida entre 1950 y 1959. El envejecimiento y la longevidad tiene una marca especial con el aumento de personas que rebasan cien años de edad. En 2010 se estimó en 4 mil 500, cifra que se espera multiplicarse 14.2 veces en 2050, con casi 64 mil centenarios. Estas cifras vislumbran la rapidez del envejecimiento lo cual advierte de la necesidad de sensibilizarse ante tal proceso demográfico y sus implicaciones.

Diagrama 2. Cohortes decenales de la población masculina mexicana nacidas entre 1900 y 1950 (miles)

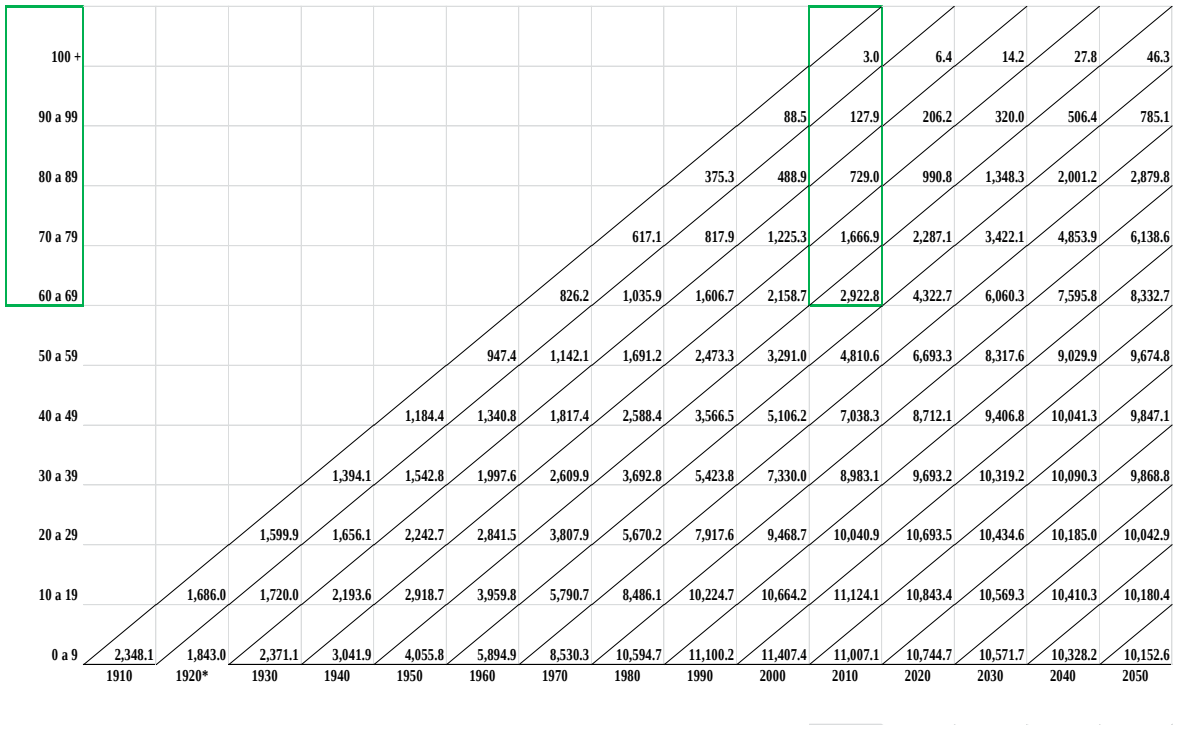


Fuente: Elaboración propia con base a tabulados de Censos de 1900 a 1980, INEGI.

La comparación entre los diagramas 2 y 3 otorga dimensión al hecho reconocido de la mayor presencia femenina particularmente acentuada en las edades avanzadas. Se sabe que nacen más niños que niñas, pero existen explicaciones biológicas y sociales sobre la sobrevivencia mayor de las mujeres a mayor edad. En 2010 de la P60+ la parte femenina es 53.4% mientras que la masculina es 46.5% ya considerar la P90+ las mujeres son 61.2% y los hombres 38.8%.

Algunos factores de sobrevivencia condicionados por los roles sociales de hombres y mujeres se abordan en los siguientes capítulos. En todo caso, es fundamental considerar las diferencias por sexo de la supervivencia y su relación con la calidad de vida de la población envejecida.

Diagrama 3. Cohortes decenales de la población femenina mexicana nacidas entre 1900 y 1950 (miles)



Fuente: Elaboración propia con base a tabulados de Censos y Conteos de 1900 a 1980, INEGI. Los datos fueron corregidos y estimados a mitad de los años censales. Conciliación censal 1990 a 2010 y Proyecciones de población 2010 a 2050, CONAPO. La población de 1920 se estimó a partir del censo de 1921.

CONDICIONES HISTÓRICAS: SOCIALES, ECONÓMICAS Y DE SALUD PÚBLICA

Esta sección muestra de manera general las características, circunstancias, y factores sociales, económicos, y epidemiológicos que históricamente vivieron las diferentes cohortes decenales durante el siglo XX e inicios del XXI. Se trata de considerar cómo influyeron estos elementos en los cursos de vida y la sobrevivencia al envejecimiento. Mirando el pasado histórico y la travesía demográfica de la P60+ en 2010 dividida por cohortes, es de esperar que las condiciones socioeconómicas, algunas favorables y otras desfavorables, modifiquen los riesgos a la salud y ocasionen diferencias por grupos de edad. Es así que los contextos históricos son parte de la explicación del proceso de envejecimiento y sus características de heterogeneidad.

En esta línea de ideas se resumen algunos acontecimientos históricos que vivieron las cinco cohortes decenales de nacimiento de la P60+ en 2010. Los cuadros del 1 al 5 que se muestran y

comentan en los siguientes cinco apartados presentan la información de cada una de las cohortes, según aparecen en las diagonales correspondientes de los diagramas 1, 2 y 3.

En cada cuadro la primera columna corresponde al año censal hasta 2010. A partir de la segunda cohorte se agregan las proyecciones comenzando por 2020 y llegando a 2050 para la cohorte más reciente. La segunda columna hace referencia al grupo de edad en el que se encuentra la cohorte durante los levantamientos censales o las proyecciones. Las columnas 3, 4 y 5 muestran el volumen de la población para el total y para cada sexo. Las últimas tres columnas muestran los porcentajes de sobrevivencia.

COHORTE 1901 A 1910

El **Error! Reference source not found.** describe el proceso de supervivencia de la cohorte que nació entre 1901 y 1910, durante la última década del Porfiriato, y cuyos 4 mil 500 supervivientes estimados para 2010 tenían 100 años o más. De acuerdo con la información censal, la cohorte inicial de 4 millones 795 mil personas eran 32% de la población total a mitad de 1910. De esta población 51% era masculina. La esperanza de vida en 1910 era de 28 años, quienes rebasaron esa edad fueron 2.7 millones en 1940 que son 56% de la cohorte inicial. Son los sobrevivientes a enfermedades infecciosas y epidemias, pobreza, carencias, en ocasiones hambre, y a la violencia imperante en algunas partes del país por cuestiones sociopolíticas durante las primeras décadas del siglo XX. Por otra parte la sobrevivencia fue favorecida con el inicio moderno de las políticas en materia de salud y educación implementadas después del apaciguamiento posrevolucionario a partir de su adolescencia.

Cuadro 1. Cohorte 1901-1910							
		Población (miles)			% supervivencia		
Año	Edad	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
1910	0 a 9	4,794.5	2,446.4	2,348.1	100.00	100.00	100.00
1920	10 a 19	3,357.3	1,671.3	1,686.0	70.02	68.32	71.80
1930	20 a 29	3,005.9	1,406.0	1,599.9	62.70	57.47	68.14
1940	30 a 39	2,702.3	1,308.2	1,394.1	56.36	53.47	59.37
1950	40 a 49	2,326.1	1,141.7	1,184.4	48.52	46.67	50.44
1960	50 a 59	1,897.1	949.7	947.4	39.57	38.82	40.35
1970	60 a 69	1,627.2	801.0	826.2	33.94	32.74	35.18
1980	70 a 79	1,181.3	564.2	617.1	24.64	23.06	26.28
1990	80 a 89	698.0	322.7	375.3	14.56	13.19	15.98
2000	90 a 99	145.4	56.9	88.5	3.03	2.32	3.77
2010	100 +	4.5	1.5	3.0	0.09	0.06	0.13

Fuente: Elaboración propia con base a los diagrama 1, 2 y 3.

*Estimación a partir de los datos censales de 1921.

Por otra parte, los problemas económicos que se presentaron durante el siglo XX afectaron a toda la población, siendo posiblemente los más afectados quienes perdieron empleos después de recesiones o crisis económicas internacionales. Las personas de esta cohorte, 1901-1910, fueron favorecidas con mejores condiciones laborales, ya que tener derechos y ser tratados dignamente eran exigencias de los trabajadores de distintos sectores desde décadas atrás. El Estado, durante la década de 1930 y 1940, creó y fundó instituciones, como fueron escuelas, hospitales, institutos de investigación y educativos, entre otros, con el objetivo de elevar la calidad de vida otorgando herramientas de vida y atención a los habitantes del país, siendo las cohortes más jóvenes las más favorecidas.

Las familias en México durante muchas décadas fueron muy numerosas. Las condiciones de salubridad y de pobreza de la época provocaban que los niños murieran a edades tempranas, e incluso la mortalidad materna también era muy alta, no se contaba con una política de planificación familiar, factor que influyó en el rápido crecimiento de la población. En casi medio siglo la población total se había duplicado, debido a las mejores condiciones de salud durante la infancia teniéndose una mayor longevidad.

De esta cohorte 34% llegó a la edad de entre 60 y 69 años en 1970 y formaba parte del 5.3% de la población de adultos mayores respecto de la población total en ese mismo año. El gobierno a finales de esta década ya había advertido la importancia de atender este grupo etario por lo que

creó el Instituto Nacional de la Senectud (INSEN), actualmente el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM).

COHORTE 1911 A 1920

El **Error! Reference source not found.** se refiere a la generación que nació entre 1911 y 1920. Esta población de 0 a 9 años de 3 millones 746 mil era 26% de la población total a mitad de 1920. Esta cohorte en volumen y porcentaje fue menor que la de la decena anterior. La explicación es que por el conflicto revolucionario hubo menos nacimientos, la mortalidad infantil se incrementó y hubo notorias migraciones hacia Estados Unidos. El ambiente sociopolítico y económico era inadecuado para atender los requerimientos de la población (McCaa, 2003).

Sin embargo, el porcentaje de esta cohorte que superó los 32 años de edad, que era la esperanza de vida en 1920, fue 80%. Esta proporción es mayor respecto a la cohorte anterior, diferencia explicada a las diversas acciones realizadas en el país al terminar la Revolución Mexicana. Durante la niñez y adolescencia de esta cohorte se implementaron políticas de salud pública como parte de la reconstrucción del país, procurando una población más sana y favorable al desarrollo del país. Esta población también se benefició con las acciones educativas que se llevaron a cabo durante la época de la "Reconstrucción Nacional", con el elemento principal de la creación en la década de 1920 de la Secretaría de Educación Pública (SEP), que convirtió la educación primaria en obligatoria, laica y gratuita.

Cuadro 2. Cohorte 1911-1920

		Población (miles)			% supervivencia		
Año	**Edad**	**Total**	**Hombres**	**Mujeres**	**Total**	**Hombres**	**Mujeres**
1920	**0 a 9**	**3,746.0**	**1,903.0**	**1,843.0**	**100.00**	**100.00**	**100.00**
1930	**10 a 19**	**3,417.1**	**1,697.1**	**1,720.0**	**91.22**	**89.18**	**93.32**
1940	**20 a 29**	**3,153.6**	**1,497.5**	**1,656.1**	**84.19**	**78.69**	**89.86**
1950	**30 a 39**	**3,008.4**	**1,465.6**	**1,542.8**	**80.31**	**77.02**	**83.71**
1960	**40 a 49**	**2,661.3**	**1,320.5**	**1,340.8**	**71.05**	**69.39**	**72.75**
1970	**50 a 59**	**2,268.2**	**1,126.1**	**1,142.1**	**60.55**	**59.18**	**61.97**
1980	**60 a 69**	**2,007.1**	**971.2**	**1,035.9**	**53.58**	**51.04**	**56.21**
1990	**70 a 79**	**1,564.6**	**746.7**	**817.9**	**41.77**	**39.24**	**44.38**
2000	**80 a 89**	**890.2**	**401.3**	**488.9**	**23.76**	**21.09**	**26.53**
2010	**90 a 99**	**209.3**	**81.4**	**127.9**	**5.59**	**4.28**	**6.94**
2020	**100 +**	**9.4**	**3.0**	**6.4**	**0.25**	**0.16**	**0.35**

Fuente: Elaboración propia con base a los diagrama 1, 2 y 3.

*Estimación a partir de los datos censales de 1921.

En los años 40, la economía del país cobre impulsos en parte debido a la Segunda Guerra que se vivía en otras partes del mundo. Junto con proporcionar materias primas benefició a la población en edad de trabajar ya que Estados Unidos requería labor en el campo cuando su población joven estaba en guerra. Parte de la población joven migró hacia el país del norte mediante el Programa Bracero. Pero el principal elemento fue la rápida inserción al mercado laboral en un entorno económico a la alza. Como parte de este proceso, se crea en 1943 el Instituto Mexicano del Seguro Social aunque sólo sea para la población trabajadora formal, asalariada y urbana.

El porcentaje de la población de esta cohorte que llegó a la edad de 60 a 69 años en 1980 fue 54%. En la década de los 80, cuando esta cohorte llegó a la vejez, organizaciones no gubernamentales alzaron la voz para discutir sobre las implicaciones de una población envejecida y de los efectos desfavorables que se tendrían por no considerar a esta población en el plan de desarrollo de una nación. Es cuando se comienza a realizar acciones para atender las condiciones y requerimientos de la población en envejecimiento, quienes se encuentran en vulnerabilidad asociada a la mayor edad y sus secuelas de los ciclos de vida pasados. En 2010, se estimó que cerca de 209 mil personas de esta cohorte formaban al grupo de 90 a 99 años y la proyección citada estima en 9 mil 4 cientos en edades de 100+. Claramente crece la población en edades extremas con mayor presencia femenina.

COHORTE 1921 A 1930

El **Error! Reference source not found.** muestra el desarrollo de la cohorte nacida entre 1921 y 1930. La población de 0 a 9 años representaba 29% de la población total del país en 1930. Este grupo etario se incrementó rápidamente en una década. Como se mencionó acerca de las cohortes anteriores, a inicios de la década de 1920 disminuyó en números absolutos la población total del país, afectando distintos grupos de edad, principalmente entre las edades productivas y reproductivas. El aumento de la población y en especial el incremento de esta cohorte hacen ver que las políticas sociales y pronatalistas estaban favoreciendo al crecimiento de la población. Las acciones educativas y de salud se estaban dirigiendo principalmente a

proteger la integridad de la población infantil y joven. El discurso del Estado sostenía que la población de niños y jóvenes representaba el capital humano futuro de nuestro país.

Cuadro 3. Cohorte 1921-1930							
		Población (miles)			**% supervivencia**		
Año	**Edad**	**Total**	**Hombres**	**Mujeres**	**Total**	**Hombres**	**Mujeres**
1930	**0 a 9**	**4,815.3**	**2,444.2**	**2,371.1**	**100.00**	**100.00**	**100.00**
1940	**10 a 19**	**4,421.2**	**2,227.6**	**2,193.6**	**91.82**	**91.14**	**92.51**
1950	**20 a 29**	**4,260.1**	**2,017.4**	**2,242.7**	**88.47**	**82.54**	**94.58**
1960	**30 a 39**	**3,953.5**	**1,955.9**	**1,997.6**	**82.10**	**80.02**	**84.25**
1970	**40 a 49**	**3,633.9**	**1,816.5**	**1,817.4**	**75.47**	**74.32**	**76.65**
1980	**50 a 59**	**3,338.3**	**1,647.1**	**1,691.2**	**69.33**	**67.39**	**71.33**
1990	**60 a 69**	**3,161.3**	**1,554.6**	**1,606.7**	**65.65**	**63.60**	**67.76**
2000	**70 a 79**	**2,326.4**	**1,101.2**	**1,225.2**	**48.31**	**45.05**	**51.67**
2010	**80 a 89**	**1,314.9**	**585.9**	**729.0**	**27.31**	**23.97**	**30.74**
2020	**90 a 99**	**334.0**	**127.8**	**206.2**	**6.94**	**5.23**	**8.70**
2030	**100 +**	**20.5**	**6.3**	**14.2**	**0.43**	**0.26**	**0.60**

Fuente: Elaboración propia con base a los diagrama 1, 2 y 3.

En los periodos en los que esta cohorte se encontraba en edad de ingresar al mercado laboral, de 1950 a 1980, el país enfrentaba periodos inflacionarios y devaluaciones, con un mercado laboral en esas décadas que no era lo suficiente para recibir la mayor oferta de mano de obra. La población crecía rápidamente y en la década de los 70 se crearon las políticas de población para mejor enfrentar las demandas de vivienda, educación, trabajo, salud y servicios.

En este entono, la mayor parte de la cohorte de 1921-1930 no está protegida por la seguridad social. Los seguros sociales comienzan a expandirse pero no tienen cobertura para los trabajadores del campo ni para el sector informal, quienes componían una gran parte de la población económicamente activa.

La esperanza de vida al nacer en 1930 aumentó cerca de cinco años en una década para ser de 36.9 años (CONAPO, 2002). Esta es la señal del mejoramiento en las condiciones de salud y de vida, a pesar del desfavorable panorama socioeconómico del país. México no tenía indicadores como los de países desarrollados, pero el aumento de la esperanza de vida al nacer fue evidencia de progreso y voluntad política por favorecer el desarrollo social del país.

En el **Error! Reference source not found.** se tiene que la P60+ aumenta paulatinamente. Las personas nacidas entre 1901 y 1910 que alcanzaron los 60 y 69 años de edad en 1970 eran

aproximadamente 1.9 millones de personas, 33.9% de la cohorte inicial. En 1990, 66% de la cohorte de 1921 a 1930 sobrevivió a la misma edad lo que en cifras absolutas son 3.2 millones. En un lapso corto de tiempo las condiciones de vida habían mejorado notablemente, lo que permitió rebasar las expectativas de vida de las cohortes más jóvenes. Estas mejores y tendencias dan lugar a las proyecciones que estiman más de 20 mil centenarios en 2030.

Si las cohortes analizadas hasta el momento no fueron beneficiadas con las políticas del Estado durante su niñez, juventud o adultez, estas cohortes al llegar a la vejez están siendo protegidas con acciones afirmativas. A inicios de la década de 2000, el gobierno federal comenzó a brindar apoyos alimentarios y económicos a los adultos mayores de 70 años de lugares considerados como marginados. Además los sobrevivientes de esta cohorte al igual que los pertenecientes a las cohortes más viejas, serán beneficiarias de una pensión universal que el actual gobierno decreto como derecho de los adultos de la población de 65 años y más para 2014

COHORTE 1931 A 1940

En el **Error! Reference source not found.** se muestra el cambio en la composición de la cohorte de 1931 a 1940 durante un período de 70 años hasta llegar a las cifras de 2010, mostrando también su futura composición en las próximas tres décadas, hasta 2040 cuando en la proyección se esperan casi 40 mil personas de 100+. Esta cohorte constituía 31% de la población total del país en 1940, proporción que se incrementó respecto a la cohorte decenal anterior. Si bien esta cohorte nació en mejores circunstancias que sus padres o abuelos, también vivió en su vida adulta épocas con dificultades económicas.

Las condiciones de salud a las que se enfrentaron las personas de esta cohorte fueron mejores que las que se tuvieron décadas atrás. La esperanza de vida en 1940 era de 41 años (CONAPO, 2002) y quienes rebasaban esa edad tenían mayores posibilidades de llegar a la vejez. La longevidad de esta cohorte de mexicanos fue mayor, 82% de esta cohorte rebasó la expectativa de vida y el volumen y la proporción que llegó al grupo de 60 a 69 años fue de 4.2 millones que significaba 67% de sobrevivientes de la cohorte inicial de 1931-1940. Para 2040 se proyectan casi 39 millones de personas de 100+.

Cuadro 4. Cohorte 1931-1940							
		Población (miles)			% supervivencia		
Año	Edad	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
1940	0 a 9	6,214.5	3,172.7	3,041.8	100.00	100.00	100.00
1950	10 a 19	5,783.8	2,865.2	2,918.6	93.07	90.31	95.95
1960	20 a 29	5,444.8	2,603.3	2,841.5	87.61	82.05	93.41
1970	30 a 39	5,146.8	2,537.0	2,609.8	82.82	79.96	85.80
1980	40 a 49	5,096.7	2,508.4	2,588.3	82.01	79.06	85.09
1990	50 a 59	4,884.2	2,410.9	2,473.3	78.59	75.99	81.31
2000	60 a 69	4,168.1	2,009.4	2,158.7	67.07	63.33	70.97
2010	70 a 79	3,112.6	1,445.7	1,666.9	50.09	45.57	54.80
2020	80 a 89	1,770.2	779.4	990.8	28.48	24.57	32.57
2030	90 a 99	513.4	193.4	320.0	8.26	6.10	10.52
2040	100 +	38.9	11.1	27.8	0.63	0.35	0.91

Fuente: Elaboración propia con base a los diagrama 1, 2 y 3.

Esta cohorte formó parte de la población que comenzó a exigir condiciones de vida más democráticas, entre ellas la libertad de expresión. Durante la década de los 60 se vivía incertidumbre económica y los más afectados eran los jóvenes, quienes manifestaron descontento y exigieron soluciones. Fueron movimientos paralelos a las protestas sociales en Francia y en Estados contra la guerra en Vietnam. La supresión fue violente pero sus acciones fueron un antecedente para el cambio de paradigmas políticos y sociales.

COHORTE 1941 A 1950

La cohorte de 1941 a 1950 descrita en el Cuadro 5 nació en un contexto sanitario y socioeconómico notablemente más favorecedor que el vivido por las cohortes de sus padres y abuelos. La generación de 1941 a 1950 era 31.5% de la población total a mitad del año de 1950, México continuaba siendo un país de jóvenes. La población menor de 30 años era más de dos terceras partes mientras que la P60+ tan sólo era 5.3% del total. La esperanza de vida calculada para el año 1950 era de 50 años (CONAPO, 2002) y se observa que 77% de esta cohorte rebasa tal edad. Llegados a la vida adulta y reproductiva, esta cohorte fue objeto de la campaña por la familia pequeña “para vivir mejor”. Las condiciones demográficas y económicas durante su vida adulta tampoco fueron las más favorables. Parte de las personas que se encontraban en el mercado laboral y tenían un trabajo con prestaciones sociales, durante las crisis económicas de 1970 y 1980 perdieron trabajo y prestaciones sociales, como servicio médico y pensiones. No obstante de que esta cohorte nació cuando la seguridad social iniciaba, ésta no alcanzó a tener

cobertura nacional. En 2010 poco más de una tercer parte de adultos de la P60+ contaba con una pensión de vejez (Rojas, 2012), situación que es factor de vulnerabilidad económica.

También se da cuenta que el volumen de la cohorte de 1941-1950 que llegó al grupo 60 a 69 años de edad a mitad del 2010 fue de 5.5 millones de personas, es decir 67% de la cohorte inicial sobrevivió. En términos porcentuales los sobrevivientes de las cohortes comienzan a ser más semejante entre las cohortes más jóvenes, lo cual indica que los avances tecnológicos y en salud han beneficiado a tener una mayor longevidad. A su vez el resultado natural es la creación acumulación de población envejecida con la consecuente epidemia de enfermedades crónicas, degenerativas e incapacitantes.

Cuadro 5. Cohorte 1941-1950

		Población (miles)			% supervivencia		
Año	**Edad**	**Total**	**Hombres**	**Mujeres**	**Total**	**Hombres**	**Mujeres**
1950	**0 a 9**	**8,299.9**	**4,244.1**	**4,055.8**	**100.00**	**100.00**	**100.00**
1960	**10 a 19**	**7,967.3**	**4,007.5**	**3,959.8**	**95.99**	**94.42**	**97.63**
1970	**20 a 29**	**7,341.5**	**3,533.7**	**3,807.8**	**88.45**	**83.26**	**93.89**
1980	**30 a 39**	**7,242.2**	**3,549.3**	**3,692.9**	**87.26**	**83.63**	**91.05**
1990	**40 a 49**	**7,028.2**	**3,461.7**	**3,566.5**	**84.68**	**81.56**	**87.94**
2000	**50 a 59**	**6,373.4**	**3,082.4**	**3,291.0**	**76.79**	**72.63**	**81.14**
2010	**60 a 69**	**5,554.5**	**2,631.8**	**2,922.7**	**66.92**	**62.01**	**72.06**
2020	**70 a 79**	**4,211.6**	**1,924.5**	**2,287.1**	**50.74**	**45.35**	**56.39**
2030	**80 a 89**	**2,386.8**	**1,038.5**	**1,348.3**	**28.76**	**24.47**	**33.24**
2040	**90 a 99**	**801.6**	**295.2**	**506.4**	**9.66**	**6.96**	**12.48**
2050	**100 +**	**63.9**	**17.6**	**46.3**	**0.77**	**0.41**	**1.14**

Fuente: Elaboración propia con base a los diagrama 1, 2 y 3.

En el **Error! Reference source not found.** también se observan las crecientes magnitudes de sobrevivencia proyectadas en los grupos de edad más allá de 70 años de edad. A mitad del siglo XXI los centenarios se estiman en 64 mil personas.

NECESIDAD DE MAYOR ESTUDIO POR COHORTES

La información censal ha permitido ir construyendo la dinámica, la estructura y composición de la población, no obstante de las limitaciones que pueden tener los datos. Este capítulo es un panorama global de la situación social, económica y política que México vivió en el siglo XX y principios del XXI, en relación con cambios demográficos. Se alude a factores que pudieron

condicionar en mayor o menor grado los cursos de vida de las distintas cohortes con miras a evaluar la población envejecida.

El cambio en la composición y estructura de las poblaciones se ven afectados por el panorama sanitario, económico y social, como se puede observar a lo largo del capítulo. Se muestra como eventos específicos incrementaron o disminuyeron el volumen de población en México. Entre los mayores logros que tuvieron las autoridades mexicanas fue establecer un sistema de salud para erradicar, controlar y prevenir enfermedades infectocontagiosas, las cuales afectan la mortalidad y discapacidad a la población.

En materia de desarrollo social, el Estado deseaba brindar una mayor y mejor educación a la población con el objeto de tener el capital humano capaz de resolver las necesidades de un país en desarrollo. Igualmente, se decretaron leyes que favorecieron las condiciones laborales que se alejaran de la inequidad existente. Desde las primeras décadas del siglo XX, se vislumbró a México como un país joven, invirtiéndose más en esta población. Sin embargo, también mucho dejó de hacerse además de enfrentar medios políticos ineficaces para evitar desigualdades e intereses de grupos con poder.

Es así que la población envejecida a lo largo del tiempo está siendo partícipe de las políticas públicas, pues se ha evidenciado que las carencias o deficiencias que tienen en la actualidad son consecuencia de lo que vivieron y el modo en que lo hicieron durante distintas etapas de su vida.

No obstante, a la limitante de no tener información precisa del efecto que ciertos eventos históricos tuvieron en el comportamiento demográfico del país, se adoptaron los mejores supuestos de cómo pudieron intervenir en las tasas de fecundidad, mortalidad y migración. Los datos censales permiten tener un panorama general de las situaciones que vivieron y viven las poblaciones de un país. Con esta información se conoció como las políticas públicas afectaron el desarrollo de una cohorte de personas, aunque será necesario contar con fuentes de información más especializada en las que se realicen preguntas específicas para evaluar el grado de incidencia de las condiciones de vida de la población. Además será necesario de un espacio más amplio para desarrollar cada aspecto social, económico, y de salud.

BIBLIOGRAFÍA

Aboites, L. y Loyo, E. (2011). La construcción del nuevo Estado, 1920-1945. En Velázquez, E. et al., *Nueva Historia general de México.* México, D.F.: El Colegio de México, p. 595-651.

Agostoni, C. (2013). "Médico rurales y medicina social en el México Posrevolucionario, 1920-1940". En Historia Mexicana, LXIII, 2, p. 743-799.

Agostoni, C. (2010) "El combate a la viruela en México en el siglo XX" En: Cien años de prevención y promoción de la salud pública en México. Una historia en imágenes. México, SSA-Sanofi Aventis, CIESAS, p. 182.

Agostini, C. y Ríos, A. (2010). *Las estadísticas de salud en México: ideas, actores e instituciones, 1810-2010*. México: UNAM, Instituto de Investigaciones Históricas; Secretaría de Salud, Dirección General de Información en Salud.

Aguilar, I. (2010) "Campañas de salud Contemporáneas" En: Cien años de prevención y promoción de la salud pública en México. Una historia en imágenes. México, SSA-Sanofi Aventis, CIESAS, p. 203-219.

Birne, A. (2006). *Marriage of convenience. Rockefeller International Health and Revolutionary Mexico*, Rochester, Nueva York, University of Rochester Press.

Baster, J., Serra, E. y Parra, C. (2007). *World* Projections *in Favor of Aging. 2006.* Consultado en febrero 2014 en http://www.cocmed.sld.cu/no114sp/ns114rev2.htm

Carrillo Farga, A. (2010). *Epidemias, saber médico y salud pública en el porfiriato*. Tesis Doctoral en Historia, México, UNAM- FFyL.

Consejo Nacional de Población. (2011). *Perfiles de salud reproductiva República Mexicana.* México: Consejo Nacional de Población. Consultado en febrero de 2013 en http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Republica_Mexicana_Perfiles_de_Salud_Reproductiva

Consejo Nacional de Población. (2002). *Proyecciones de la población en México y de las entidades federativas,* México: Consejo Nacional de Población.

Consejo Nacional de Población. (2012). *Estimaciones de la Población. Nacional 1990-2010.* Consultado en febrero de 2013 en http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Proyecciones

Consejo Nacional de Población. (2013). *Proyecciones de Población 2010 a 2050.* Consultado en abril de 2013 en http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Proyecciones

Garcíadiego, J. y Kuntz, S. (2011). La Revolución Mexicana. En Velázquez, E. et al., *Nueva Historia general de México.* México, D.F.: El Colegio de México, p. 537-594.

Gollás, M. (2003). Breve Relato de Cincuenta Años de política Económica. En Bizberg, I. y Meyer, L., *Una historia contemporánea de México: Transformaciones y permanencias*, México: Océano, p. 223-312.

González, M. (1970). Efectos sociales de la crisis de 1929. *Historia Mexicana*. México, D.F.: El Colegio de México, Centro de Estudios Históricos, v.19 no.4 (76), p536-558.

Gudiño M., Magaña L. y Hernández M. (2013). "La Escuela de Salud Pública de México, su fundación y primera época: 1922-1945". *Salud Pública de México,* Vol. 55, no. 1, enero-febrero 2013, p. 81-91.

Gudiño, M. (2011). La salud y los niños. Un repaso histórico. En Sosenski, S. y Jiménez, A., Espejos de la infancia. Pasado y presente de los Derechos de niñas, niños y adolescentes en México. México: Red de los Derechos de la Infancia en México, p. 37-46.

Gudiño, M (2009). *Campañas de salud y educación Higiénica en México, 1926-1960. Del papel a la pantalla grande*. Tesis Doctoral en historia, México, El Colegio de México.

Gutiérrez, S. (2008). Crecimiento poblacional, Política de población, familia y derechos humanos en México. En Leñero, L. (Coord.), *Políticas e intervenciones familiares: sus concepciones e implicaciones socioculturales,* 39-57, México, D.F.: Universidad Autónoma Metropolitana.

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (1996). *Estados Unidos Mexicanos Cien Años de Censos de Población*. México: INEGI.

----------. (1895). *Censo General de la República Mexicana*. México: INEGI. Consultado en febrero de 2013 en http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/Proyectos/ccpv/default.aspx

----------. (1900). *Censo General de la República Mexicana*. México: INEGI. Consultado en febrero de 2013 en http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/Proyectos/ccpv/default.aspx

----------. (1910). *Tercer Censo de la Población de los Estados Unidos Mexicanos*. México: INEGI. Consultado en febrero de 2013 en http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/Proyectos/ccpv/default.aspx

----------. (1921). *Censo General de Habitantes.* México: INEGI. Consultado en febrero de 2013 en http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/Proyectos/ccpv/default.aspx

----------. (1930). *Quinto Censo General de Población. México: INEGI.* Consultado en febrero de 2013 en http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/Proyectos/ccpv/default.aspx

----------. (1940). *Sexto Censo General de Población*. México: INEGI. Consultado en febrero de 2013 en http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/Proyectos/ccpv/default.aspx

----------. (1950). *Séptimo Censo General de Población*. México: INEGI. Consultado en febrero de 2013 en http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/Proyectos/ccpv/default.aspx

----------. (1956). *Estadísticas sociales del porfiriato 1877 a 1910*. México: INEGI. Consultado en agosto de 2013 en http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/integracion/pais/historicas/porfi/ESPI.pdf

----------. (1960). VIII *Censo General de Población*. México: INEGI. Consultado en febrero de 2013 en http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/Proyectos/ccpv/default.aspx

----------. (1970). IX *Censo General de Población*. México: INEGI. Consultado en febrero de 2013 en http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/Proyectos/ccpv/default.aspx

----------. (1980). X *Censo General de Población y Vivienda*. México: INEGI. Consultado en febrero de 2013 en http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/Proyectos/ccpv/default.aspx

----------. (2009). *Estadísticas históricas de México*. INEGI. Consultado en agosto de 2013 en http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/integracion/pais/historicas10/Tema1_Poblacion.pdf

Kuntz, S. y Speckman, E. (2011). El Porfiriato. En Velázquez, E. et al., *Nueva Historia general de México.* México, D.F.: El Colegio de México.

Kurczyn, P. y Arenas, C. (2009). La población en México, Un enfoque desde la perspectiva del derecho social. En Valdés, L. (Coord.), *Derechos de los mexicanos: introducción al derecho demográfico*, México: UNAM, Instituto de Investigaciones Jurídicas, p. 57-79. Consultado en septiembre de 2013 en http://biblio.juridicas.unam.mx/libros/6/2638/7.pdf

Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores. Diario Oficial de la Federación, Estados Unidos Mexicanos, 25 de abril de 2012. http://www.ordenjuridico.gob.mx/leyes.php

McCaa, R. (2003).*Missing millions: the demographic costs of the Mexican Revolution. Mexican Studies /Estudios Mexicanos*, 19 (2), 367-400.

Mier y Terán, M. (1991). Dinámica de la población en México: 1895-1990. El gran cambio demográfico. *DemoS.* No. 4. Ed.:UNAM, Coordinación de Humanidades, Instituto de Investigaciones Sociales, Fondo de Población de las Naciones Unidas, INEGI, El Colegio de México. p. 4-5.

Montes de Oca, V. (2001). Desigualdad estructural entre la población anciana en México. Factores que han condicionado el apoyo institucional entre la población con 60 años y más en México. *Estudios Demográficos y Urbanos*, 48, pp. 585-613.

Naciones Unidas (NU). (2007). Envejecimiento. Consultado en enero de 2014 en http://www.cinu.org.mx/temas/envejecimiento/p_edad.htm

Omran, A. (1971). *The epidemiologic transition; a theory of the epidemiology of population change*, in Milbank Mem Fund Quart, núm. 49.

Ordorica, M, y Lezama, J. (1993). Consecuencias demográficas de la Revolución Mexicana. En A. Arenzana (Coord.), *El poblamiento de México: una visión histórico- demográfica.* Vol. 4, p. 32-53. México, D.F.: Consejo Nacional de Población.

Rodriguez, A. (2000). Desabasto, hambre y respuesta política, 1915. En Illades C. y Rodrigez Kuri A. *Instituciones y ciudad. Ocho estudios históricos sobre la ciudad de México*, p. 133-161.

Sosenski, S. (2011). La protección contra la explotación laboral infantil en el México posrevolucionario. En Sosenski, S. y Jiménez, A., *Espejos de la infancia. Pasado y presente de los Derechos de niñas, niños y adolescentes en México*. México: Red de los Derechos de la Infancia en México, p. 9-20.

Sotolaveaga, G. (2010). El movimiento médico de 1965. En *Cien años de prevención y promoción de la salud pública en México. Una historia en imágenes*. México, SSA-Sanofi Aventis, CIESAS, p. 205.

Treviño, L. (2009). La seguridad social a través de la historia. En Osvaldo Santín y Benjamín Alemán (coord.), *Seguridad social sustentable. Evaluación de las reformas recientes a sistemas de pensiones en México y América Latina*. Toluca. 16-34.

IV
ENVEJECIMIENTO Y SALUD

César González González
Roberto Ham Chande

INTRODUCCIÓN

En este capítulo se elabora un diagnóstico sobre la situación actual del estado de salud de la población de 60 años y más en México. La descripción y análisis se realiza con información de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012. Se muestran diferencias por edad, sexo y tamaño de localidad de residencia en un selecto numero de indicadores del estado de salud, entre ellos diabetes, hipertensión, problemas de salud en las dos semanas previas y dificultad para realizar las actividades de la vida diaria; uso de servicios de salud ya sea ambulatorios o de hospitalización; derechohabiencia, vacunación, caídas, entre otros. Los resultados señalan una gran heterogeneidad de situaciones pero con un patrón definido, las mujeres, los de más edad y los que viven en localidades rurales son los que generalmente tienen las peores condiciones de salud. La reflexión final es que junto con el acelerado envejecimiento demográfico, las difíciles condiciones económicas y sociales, y las condiciones de salud de las actuales y futuras cohortes de adultos mayores, los escenarios en términos de salud se prevén complicados.

PROCESO DEMOGRÁFICO Y SALUD

Con el avance de las transiciones demográfica y epidemiológica y el consecuente envejecimiento de la población, las demandas de atención a la salud se incrementarán y los requerimientos cambiarán tanto en naturaleza como en intensidad bajo dos tendencias. Una es que la población en la vejez es mayormente propensa a enfermedades crónicas con lo que hace uso más intensivo de los servicios de salud (González-González et al, 2011). Otra es que las características sociales y económicas de la población envejeciente serán diferentes en las siguientes décadas y eso incidirá sobre el uso de atención médica. También se percibe que estas dos tendencias están interrelacionadas, pero lo que no es inmediatamente evidente es la forma de la relación y sus magnitudes. Un ejemplo son los vínculos entre escolaridad y salud, cuando se

conoce que a mayor escolaridad las condiciones de salud son mejores (Beltrán-Sanchez y Andrade, 2013). Esta relación permite suponer que el predecible incremento en la escolaridad de las futuras cohortes de población en edades avanzadas influirá positivamente en los estados de salud y disminuirá las demandas de atención, pero falta identificar las variables, causas y consecuencias.

Para pensar en condiciones y transformaciones esperadas de salud en la población envejecida, es necesario partir de un diagnóstico sobre la situación actual del estado de salud que además sirva como base para construir prospectivas sobre las características económicas y sus relaciones con la salud. En este capítulo la descripción y análisis hace uso de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012, cuyo objetivo general es estimar "frecuencia, distribución y tendencias de las condiciones de salud y nutrición y sus determinantes y examinar la respuesta social organizada frente a los problemas de salud y nutrición de la población, incluida la cobertura y calidad de los servicios de salud y la cobertura específica de los programas prioritarios de prevención en salud en el ámbito nacional, por entidades federativas, por zonas urbanas y rurales y por estratos socioeconómicos" (Informe General de ENSANUT 2012). La utilización de esta fuente de información es pertinente para nuestros propósitos ya que en 2012 se incluyó un módulo sobre las condiciones de salud de la población de 60 y más con información de salud mental, funcionalidad, vacunación, caídas y problemas sensoriales (Gutierrez JP, et al., 2012). Con esta información y el análisis de sus variables se construye el presente capítulo.

TRANSICIÓN HACIA ENFERMEDADES CRÓNICAS

Las investigaciones que se han hecho y las publicaciones resultantes mencionan que el aspecto del envejecimiento que tendrá las mayores consecuencias en lo económico y en lo social está relacionado con la salud, la morbilidad y la no letalidad de las enfermedades (González, Palloni y Wong, 2015). Además de elemento explicativo es la circunstancia que impondrá los mayores retos. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el estado de salud como "el estado de completo bienestar físico, psíquico y social, y no sólo como la ausencia de enfermedades" (OMS, 2004), pero en el envejecer se imponen matices especiales dentro de la definición y expectativas de la salud. Se da por cierto y es cierto que en el proceso de envejecimiento personal se producen deterioros de la salud, aparece la fragilidad, aumentan las enfermedades

crónicas y degenerativas dentro de un cuadro de co-morbilidad, se incrementan los riesgos de incapacidad, y es notorio y relevante que se presenta y crece la dependencia debido a pérdida de roles sociales y retiro de la actividad económica.

La transición epidemiológica describe el cambio en los patrones de salud y enfermedad, así como en las interacciones entre estos patrones y sus consecuencias y determinantes demográficos, económicos y sociológicos. Actualmente en México la transición epidemiológica se caracteriza por una creciente participación de enfermedades crónicas y discapacitantes como principales causas de enfermedad y muerte, pero aún con enfermedades infecciosas de prevalencia significativa, en un conjunto que impone una doble carga para los sistemas de salud (Samper-Ternent, Michaels-Obregon, Wong y Palloni, 2012). Lo anterior debe considerar explícitamente que el estado de salud varía entre subgrupos de la población, causado tanto por las desigualdades sociales y económicas, así como por diferenciales en la disponibilidad de servicios médicos.

Los factores clave que afectan el perfil de salud en la vejez son la incidencia, el momento de ocurrencia de las fases tempranas de las enfermedades crónicas y de la discapacidad, la decreciente capacidad de recuperación y la creciente mortalidad. Es de considerarse que en las condiciones de México, de exposición a problemas de salud a lo largo de la vida previa a la vejez, significa que un alto porcentaje de quienes llegan a la tercera edad lo hacen con deterioros en la salud (Gonzalez-Domínguez, 2012). Además de los factores individuales como son los hábitos de salud, se agregan el medio social y económico que juega un papel importante en el estado de salud en la vejez. Como parte del entorno social y económico se hace necesario indagar el alcance de las instituciones, las acciones y los programas implementados para erradicar, evitar y prevenir enfermedades. Bajo estas condiciones el estado de salud de la población envejecida tiene diferencias entre los distintos grupos sociales y entre las distintas cohortes de nacimiento.

En el Programa Nacional de Salud 2001-2006 se reconoce que el envejecimiento muestra una relevante crisis potencial para el sistema de salud, particularmente para la población en pobreza. Mientras que los grupos con alto estatus socioeconómico tienen perfiles y posibilidades semejantes a los países desarrollados, en los estratos menores las condiciones de salud y los medios para solucionarlos son inadecuados. Se reconocen los esfuerzos por mejorar el estado

saludable de la población que provienen de acciones y campañas de promoción de la salud y prevención de la discapacidad que realiza la Secretaría de Salud para toda la población. Entre 2001 y 2006, las intervenciones gubernamentales que se realizaron en la población de adultos mayores para mejorar el estado de salud estuvieron dirigidas a 1) minimizar la incidencia de las enfermedades crónicas y discapacitantes, 2) conservar altos grados de funcionalidad física y mental, 3) mantener una buena interacción social y familiar, y 4) propiciar una cultura de la vejez activa y sana (Secretaría de Salud, 2001).

En el Programa Nacional de Salud 2007-2012, más reciente, también se hizo mención de la importancia del envejecimiento en los procesos de salud-enfermedad-muerte, haciendo alusión a que "En México, desde hace décadas, se ha observado un cambio en la manera de enfermar y de morir. Hoy predominan las enfermedades no transmisibles y las lesiones. Esta transición está íntimamente asociada al envejecimiento de la población y al creciente desarrollo de riesgos relacionados con estilos de vida poco saludables" (Secretaría de Salud, 2007). En este programa se menciona que la demanda de servicios ambulatorios por parte de la población de 60 y más (P60+) se está incrementando. En el Instituto Mexicano del Seguro Social, 30% de las consultas externas otorgadas en 2002 correspondieron a personas de este grupo de edad. Dentro de los principales motivos de consulta destacan la hipertensión arterial, la diabetes, las infecciones respiratorias agudas, y las artritis y artrosis.

Ante estas premisas, en este capítulo se elabora un perfil de salud para evaluar la situación de la P60+ y de los factores relacionados que permitan identificar necesidades, riesgos, demanda de servicios de salud y grupos vulnerables. Conocer el estado de salud de las actuales cohortes de la P60+ es clave para estimar futuras necesidades, la esperanza de vida sigue en aumento y no hay evidencia clara sobre el comportamiento de la morbilidad.

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS

Según las cifras de ENSANUT 2012, la P60+ se cuenta en 10.5 millones, de los cuales 46.7% son hombres y 53.4% son mujeres. En la encuesta se distinguen tres tamaños de localidad para considerar las condiciones y servicios del lugar de residencia. La aproximación es el medio rural (menos de 2,500 habitantes), el ámbito semi-urbano (2,500 hasta 99,999 habitantes) y el medio

decididamente urbano (100 mil habitantes o más). Del total de la P60+, 23.6% vive en localidades rurales, 20.1% en localidades semi-urbanas y 56.3% en las urbanas.

Además de las características por sexo y tamaño del lugar de residencia, la información disponible permite hacer una división por cohorte de nacimiento (1941-1950, 1931-1940 y 1931 o antes). Las clasificaciones utilizadas en este capítulo agregan conceptos y ejes analíticos que destacan las diferencias en salud entre grupos amplios de población, con la utilidad esperada de identificar grupos vulnerables, y acciones susceptibles de describir y explicar condiciones de salud.

MORBILIDAD EN LA VEJEZ

La morbilidad en la P60+ generalmente es una combinación de enfermedades transmisibles, enfermedades crónicas y degenerativas, accidentes, y dificultad para realizar las actividades de la vida diaria (Borges-Yañez y Gómez Dantes, 1998; Samper-Ternent, Michaels-Obregon, Wong y Palloni, 2012). En la encuesta se pregunta a la P60+ si en las dos semanas previas al levantamiento ha tenido algún problema de salud y 20.7% respondió que sí. Del total de problemas de salud los más recurrentes fueron: 1) tos, influenza o dolor de garganta con 17.8%, 2) hipertensión arterial con 10.1%, 3) diabetes con 7.8%, 4) infecciones respiratorias con 6.5%, y 5) lesión física por accidente con 5.3%. Las restantes posibles dolencias son de una gran diversidad y representan poco más de la mitad de los problemas de salud. Las cifras muestran variaciones por edad, sexo y lugar de residencia, pero estas cinco causas permanecen como las más recurrentes.

El cuadro 1 muestra que el porcentaje que informa algún problema de salud se incrementa conforme más viejas son las cohortes. También el porcentaje es mayor para las mujeres respecto de los hombres. No hay diferencias significativas por tamaño de localidad bajo una prueba de ji-cuadrada.

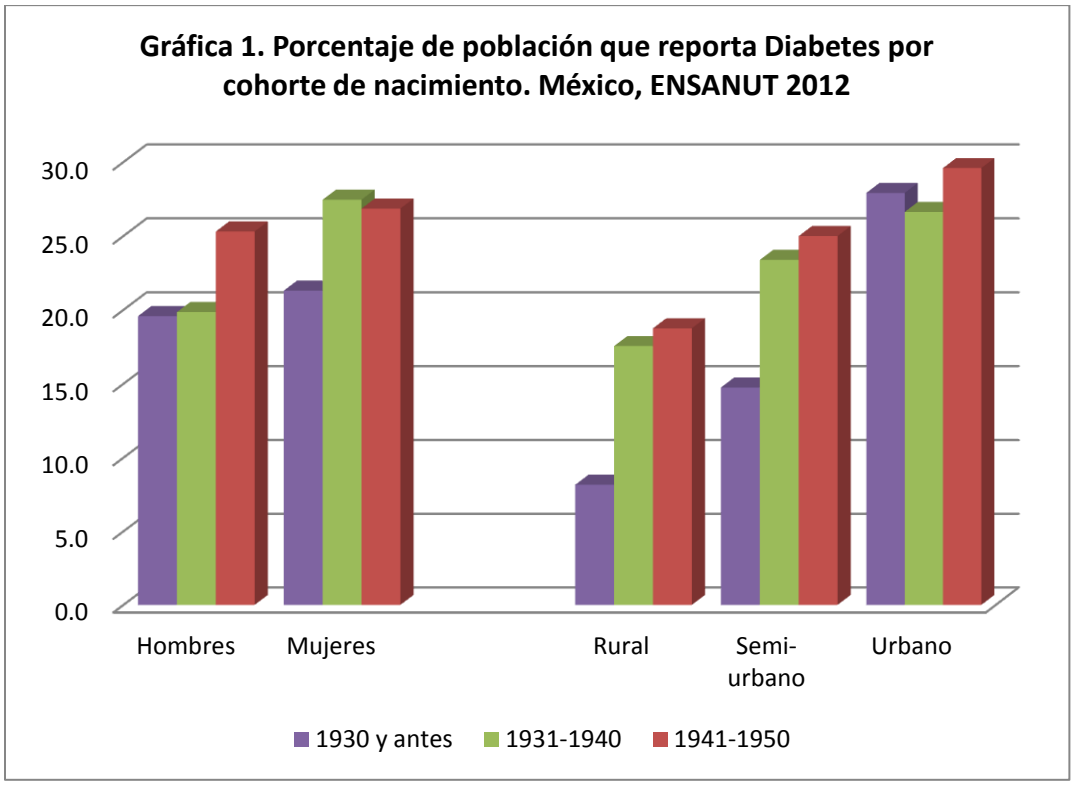
Cuadro 1. Porcentajes de población con problemas de salud, por cohortes de nacimiento, según sexo y tamaño de localidad.			
Cohorte de nacimiento	1930 y antes	1931-1940	1941-1950
Edades en 2012	82 y más	72 - 81	62 - 71
Con algún problema de salud en las dos semanas anteriores			
Hombres	20.4	19.3	17.0
Mujeres	25.6	25.7	21.9
Rural	25.7	23.7	21.4
Semi-urbano	20.9	24.1	20.1
Urbano	23.3	21.8	18.7
Fuente: Elaboración propia con datos de ENSANUT 2012			

HIPERTENSIÓN Y DIABETES

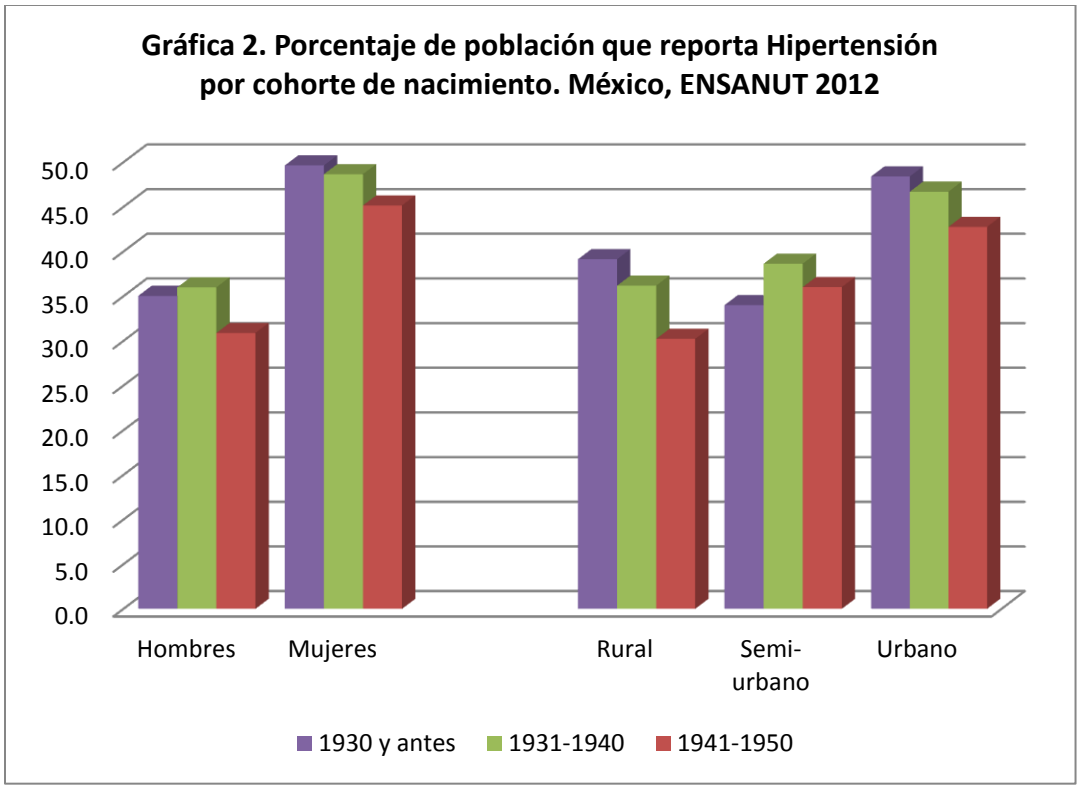
En 2002, el proyecto de la Organización Mundial de la Salud sobre la Carga Global de la Enfermedad, estimaba que las enfermedades crónicas eran 85% de la carga de la enfermedad en los países de alto ingreso y 44% en países de medio y bajo ingreso (Mathers, Bernard, & Iburg, 2003). Cuando se centra la atención en las edades avanzadas, las enfermedades crónicas acumulan 87% de la carga en la P60+ en los países de medio y bajo ingreso. Esta carga se relaciona con la disminución en la calidad de vida y en el bienestar físico y emocional de las personas que viven con este tipo de enfermedad. Con las enfermedades crónicas se incrementa la dificultad para realizar las actividades de la vida diaria, se genera dependencia y aumentan los gastos de atención a la salud (García-Peña y González-González, 2011). En las enfermedades crónicas la diabetes y la hipertensión se destacan como problema de salud global y son una carga significativa para la población y sobre los sistemas de salud.

De acuerdo con ENSANUT 2012, 39.9% de la población informa que algún médico le ha dicho que tienen la presión alta. Los que reportan diabetes son 24.2%. Además de tener diagnosticada la enfermedad, el tiempo que se tiene viviendo con ella es importante pues la población ha pasado en promedio 10.9 años con hipertensión y 12.8 años con diabetes diagnosticadas. Por cohorte de nacimiento, la tendencia de la prevalencia de diabetes no es clara. En los hombres que nacieron entre 1941y1950 el porcentaje que reporta tener diabetes diagnosticada es 25.3%. En las mujeres la cohorte más joven y la más vieja presentan menores porcentajes con diabetes. Esto se debe a que en gran parte de las primeras aún no se les ha diagnosticado y en las últimas la mortalidad asociada a la diabetes implica menor proporción de sobrevivientes con la dolencia diagnosticada (Ver Gráfica 1).

De manera esperada, a más edad mayor es la prevalencia de hipertensión. Esto es más evidente entre las mujeres, pues de las que nacieron entre 1941 y 1950, 45.2% declaran tener diagnosticada la enfermedad, mientras que en la cohorte más vieja el porcentaje se eleva a 49.6%. También son claras las diferencias por sexo en estas dos enfermedades. Los porcentajes con hipertensión o diabetes son mayores entre las mujeres que entre los hombres con, 25.8% y 22.4% para diabetes y 46.2% y 32.9% para hipertensión. En cuanto al tamaño de localidad que en mucho determinan los hábitos y estilos de vida, hacen diferencia en la presencia de estas dos enfermedades. En localidad rurales 17.3% de la P60+ reporta diabetes y 32.7% hipertensión. En las localidades semi-urbanas los porcentajes son 22.2 y 36.0%, mientras que en las urbanas se presentan los porcentajes más altos de 27.8% con diabetes y 44.4% con hipertensión. Las diferencias por cohorte se mantienen al incluir como categorías analíticas el sexo y el tamaño de la localidad (Ver Gráfica 2).



Elaboración propia con datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012



Elaboración propia con datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012

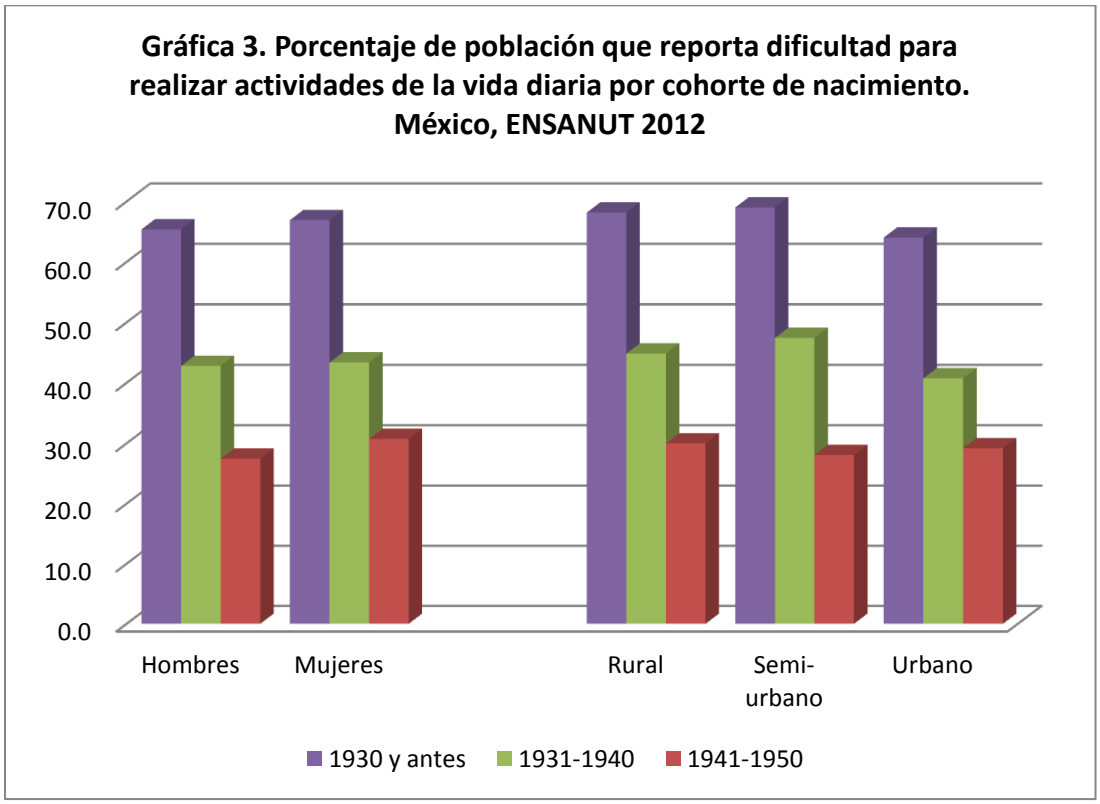
CAPACIDAD FUNCIONAL Y DEPENDENCIA

Más de mil millones de personas en el mundo viven con algún tipo de discapacidad, de los cuales casi 200 millones experimentan dificultades considerables en su funcionamiento (WHO, 2011). En los próximos años, la discapacidad será una preocupación aún mayor, ya que su prevalencia está en aumento. Esto se debe al envejecimiento de la población y el mayor riesgo de discapacidad que enfrentan las personas mayores, así como el aumento de las condiciones crónicas de salud como la diabetes, las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y los trastornos de salud mental.

En los censos de población y en las encuestas de hogar es más habitual aproximarse a la dependencia funcional a través de preguntas que indaguen sobre la dificultad que se tiene para realizar actividades de la vida diaria (AVD). ENSANUT 2012 indaga sobre ocho AVD que son caminar, moverse, subir o bajar escaleras, ver, hablar, oír, vestirse bañarse, aprender cosas sencillas. Esta información permite construir indicadores para comparar limitaciones

funcionales, sensoriales y/o mentales, y permite estudiar características como edad, sexo, lugar de residencia, nivel socioeconómico.

De acuerdo con esta encuesta 36.9% de la P60+ respondió que sí tiene dificultad para realizar al menos una de las actividades. En las que un mayor porcentaje de población reporta tener dificultad son caminar, moverse, subir o bajar con 27.1%; ver aun usando lentes con 14.4%, y 8.5% tiene dificultad para oír. Entre los que tienen dificultad con las AVD, 62.0% tiene dificultad con una, 23.6% con dos actividades y el resto con tres o más. El promedio de actividades en las que se tiene dificultad se aproxima a dos.



Elaboración propia con datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012

En la dificultad para realizar las AVD es donde se hace más evidente las diferencias en salud por cohorte. En la cohorte más joven uno de cada seis tiene dificultad para realizar las actividades, mientras que en el grupo de 90 años y más es 4 de cada 6. Esto es más sencillo de interpretar al considerar el promedio de actividades en las que se tiene dificultad (entre aquellos que presentan dificultad en al menos una actividad), mientras que en la cohorte de 1941-1950 es

de 1.4 actividades, en la cohorte de los nacidos antes de 1931 es de 2.3. Como se observa en la Gráfica 3, no hay diferencias por sexo ni por tamaño de localidad, sólo por edad.

Es importante identificar de manera precisa a los grupos que sufren de discapacidad, ya que la disponibilidad de servicios de salud es diferenciada. La escolaridad y el empleo marcan desigualdades, la eventual discapacidad se maneja dependiendo de recursos, y las AVD tienen otro significado (WHO, 2011). Además existe suficiente evidencia científica que sustenta la relación entre discapacidad física y enfermedades crónicas y no debe perderse de vista que en un proceso acelerado de envejecimiento, como el que está experimentando México, junto a las condiciones económicas y de salud, la prevalencia de enfermedades crónicas y discapacidad se incrementará, lo cual tiene implicaciones en mayores costos, relaciones familiares estresantes y arreglos residenciales más complejos.

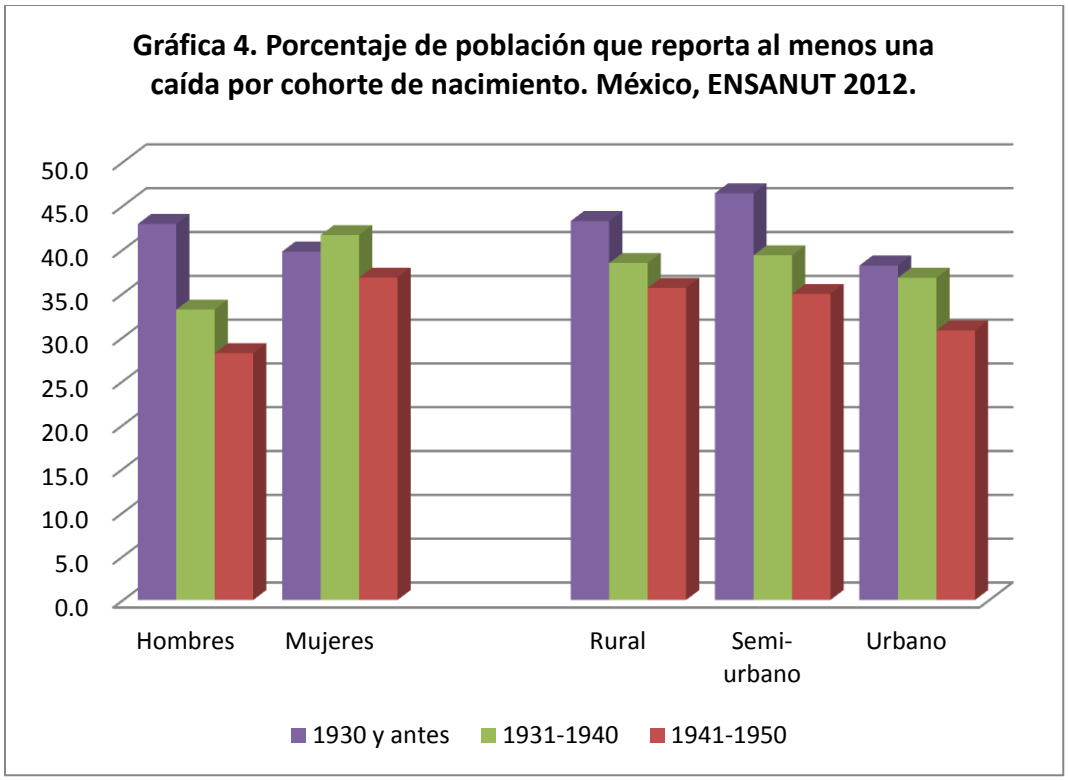
AUDICIÓN Y VISIÓN

Conforme se avanza en la edad la capacidad sensorial disminuye y esto puede afectar el estilo de vida en las edades mayores que pueden llevar al aislamiento y la soledad. De acuerdo con el Cuadro 2, todos los sentidos se afectan por el envejecimiento, pero la audición y la visión son los más relevantes. Entre la P60+, 9.4% tiene mala audición o no escucha, y 11.4% tiene mala visión o no ve. Conforme se consideran grupos más envejecidos de población, mayor es el porcentaje que reporta mala audición o mala visión. Para la audición los porcentajes van desde 4.5% para la cohorte nacida entre 1941-1950 hasta 25.7% en la cohorte de los nacidos en 1930 y antes. En cuanto a la visión los porcentajes van de 8.8% en la cohorte de 1941-1950 hasta 21.3% en la cohorte más envejecida. Los problemas de audición son mayores en los hombres que en las mujeres. Los que viven en localidades rurales en mayor proporción reportan problemas de visión o audición que los que viven en ámbitos semi-urbanos y urbanos.

Cuadro 2. Porcentajes de población con deficiencias sensoriales, por cohortes de nacimiento, según sexo y tamaño de localidad.			
Cohorte de nacimiento	1930 y antes	1931-1940	1941-1950
Edades en 2012	82 y más	72 - 81	62 - 71
Audición deficiente			
Hombres	22.7	11.7	5.8
Mujeres	20.9	8.3	3.0
Rural	18.7	14.5	6.5
Semi-urbano	3.7	8.0	4.6
Urbano	3.7	8.6	3.2
Con uso de aparato auditivo			
Hombres	6.4	5.0	2.4
Mujeres	4.8	3.6	3.3
Rural	1.9	2.1	2.6
Semi-urbano	5.3	3.4	3.0
Urbano	7.1	5.5	3.0
Visión deficiente			
Hombres	20.1	10.2	9.1
Mujeres	18.2	12.7	7.8
Rural	25.8	16.5	11.4
Semi-urbano	20.5	10.1	10.6
Urbano	15.7	10.0	6.3
Fuente: Elaboración propia con datos de ENSANUT 2012			

CAÍDAS

Las caídas son acontecimientos involuntarios al perder el equilibrio. Las lesiones ocasionadas por las caídas pueden ser mortales, aunque la mayoría de ellas no lo son. En la vejez las caídas son un importante problema de salud pública pues están relacionadas con capacidad funcional, disminución de las actividades físicas y, dependiendo de las consecuencias, devienen en hospitalización y en dependencia con cuidados a largo plazo (Manrique-Espinosa, 2011). Los datos de ENSANUT 2012 señalan que durante los 12 meses previos a la entrevista 35.1% de los adultos mayores sufrió al menos una caída. Este porcentaje se incrementa con la edad, es mayor en las mujeres y disminuye conforme se tiene mayor educación. El mayor porcentaje de población con caídas lo tienen los nacidos en 1930 o antes, es decir los más viejos. Las caídas tienen mayor incidencia en ámbitos urbanos que en localidades semi-urbanas y rurales (Ver Gráfica 4).



Elaboración propia con datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012

VACUNACIÓN

Muchas de las funciones del sistema inmune se ven alteradas después de los 60 años por lo que se hace necesaria la vacunación. Una de mayor incidencia es la neumonía. En México, los esfuerzos por prevenir o retardar la aparición de enfermedades en adultos y personas en la vejez obtienen impulso relevante en 2002. Las campañas son para aplicar a personas mayores de 40 años el toxoide tetánico diftérico (Td), la aplicación de la vacuna antineumococica a la población de 60 años o más y la vacuna contra la influenza en las personas de 50 años o más. Sin embargo el programa resultó limitado. De acuerdo con las cifras de la encuesta, 39.3% no tiene cartilla de vacunación, 43.3% no tiene vacuna de neumococo, 27.8% no tiene vacuna de tétanos y 40.1% no tiene vacuna de influenza (Ver Cuadro 3).

Los hombres más jóvenes y la población que vive en localidades urbanas son los que presentan un mayor porcentaje de población sin cartilla de vacunación con 51.7% y 52.5% respectivamente. Los hombres presentan mayores porcentajes sin vacunación que las mujeres. También es interesante ver que a mayor tamaño de localidad mayor el porcentaje de población

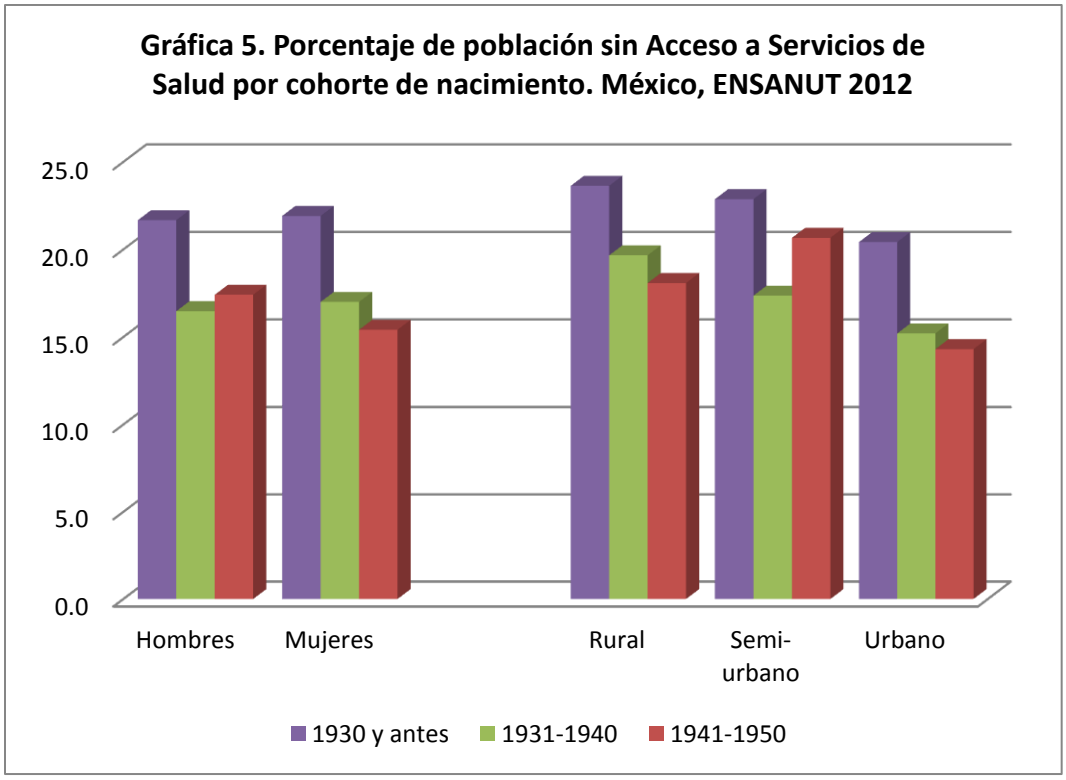
sin cartilla y sin vacunación. Esto es señal de que los programas sociales de los gobiernos estatal y federal que tienen una mayor influencia y presencia en localidades rurales.

Cuadro 3. Porcentajes de población con VACUNACIÓN, por cohortes de nacimiento, según sexo y tamaño de localidad.			
Cohorte de nacimiento	1930 y antes	1931-1940	1941-1950
Edades en 2012	82 y más	72 – 81	62 - 71
Sin cartilla de salud			
Hombres	40.5	38.8	43.2
Mujeres	37.1	37.5	36.4
Rural	32.4	33.4	33.5
Semi-urbano	37.0	37.4	43.9
Urbano	41.8	40.2	40.6
Sin vacuna de neumococo			
Hombres	39.9	44.9	48.4
Mujeres	52.2	38.3	39.1
Rural	35.3	36.8	37.5
Semi-urbano	43.1	41.2	45.6
Urbano	52.7	43.3	45.4
Sin vacuna de tétano			
Hombres	29.1	30.8	26.3
Mujeres	34.1	26.2	23.5
Rural	26.3	25.1	20.8
Semi-urbano	29.4	25.3	28.4
Urbano	35.1	30.7	25.1
Sin vacuna de influenza			
Hombres	33.4	40.7	44.1
Mujeres	46.6	35.3	34.7
Rural	27.2	34.5	32.4
Semi-urbano	37.7	40.1	44.0
Urbano	47.3	38.5	40.1
Fuente: Elaboración propia con datos de ENSANUT 2012			

ACCESO A SERVICIOS DE SALUD

Debido al reclamo de que la salud es otro más de los derechos constitucionales que no se cumplen con cabalidad, se han realizado esfuerzos institucionales y llevado a cabo planes para lograr la cobertura universal de servicios de salud (Vargas Becerra, 2011). En busca de constatar que tanto han logrado estas acciones, la ENSANUT 2012 señala que 82.4% de la población de 60+ está afiliado o tiene derecho a servicios de salud en alguna institución. De esos afiliados o derechohabientes 40.2% tienen derecho a recibir atención médica en el IMSS, 9.2% en el ISSSTE y 29.9% en el Seguro Popular y el resto (20.7%) en otra institución. Tal y como se esperaba, por cohorte de nacimiento no existen diferencias en el acceso a los servicios de salud. Al analizar por sexo se puede observar que sólo en la cohorte más joven hay una diferencia entre hombres (17.4.6%) y mujeres (15.4%) que no tienen acceso a los servicios de salud. Al agregar

el tamaño de la localidad como eje de análisis se observan pequeñas diferencias en el porcentaje de población que no tiene acceso a los servicios de salud, por ejemplo, entre la cohorte nacida en 1930 o antes y que vive en localidades rurales 23.6% no tiene acceso a los servicios de salud, mientras que para los de la misma cohorte de nacimiento que viven en áreas decididamente urbanas el porcentaje es 20.4.



Elaboración propia con datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012

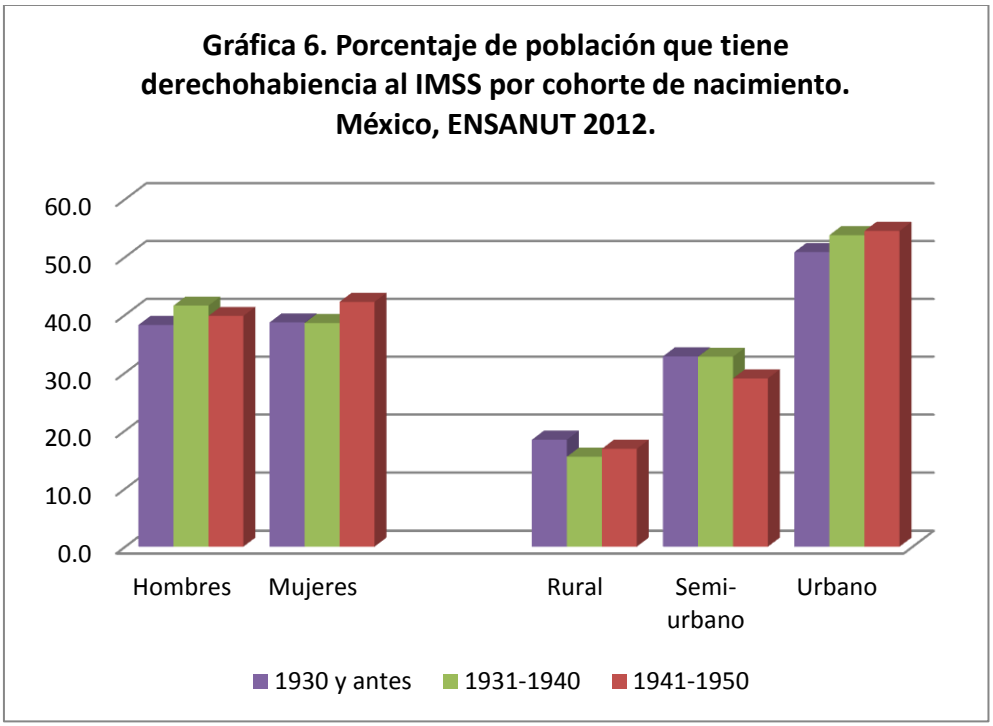
Sin embargo, al revisar las diferencias en la derechohabiencia por institución el acceso desigual es evidente y tiene que ver con el tipo de empleo al que la población tiene acceso. Por ejemplo, para tener derecho de recibir atención médica en el IMSS es necesario estar trabajando en el sector formal o que algún familiar que cuente con la prestación le extienda ese derecho, y eso es más probable que suceda en localidades más urbanas donde los empleos formales son más comunes. En el ejemplo concreto del IMSS los resultados señalan que entre más joven es la cohorte mayor es el porcentaje de población que tiene derechohabiencia en esta institución y entre más grande es el tamaño de la localidad también mayor es el porcentaje de población con derechohabiencia en el IMSS. Los mayores porcentajes de población con acceso a los servicios

de salud del IMSS se encuentran en las cohortes de 1941-1950 y 1931-1940 que viven en localidades metropolitanas con 54.5 y 53.8% respectivamente[3].

Desde 2003 el SP y el Seguro Médico para una Nueva Generación forman parte del Sistema de Protección Social en Salud, el cual tiene como objetivo otorgar cobertura de servicios de salud para quienes no son derechohabientes de ninguna institución de seguridad social.

Existen diferencias de cobertura entre IMSS y SP y eso es producto de la naturaleza de cada institución. En la primera son derechohabientes los empleados formales del sector privado y en la segunda la población abierta que no tenía acceso antes de que se creara el Seguro Popular. Por tamaño de localidad, a mayor tamaño de localidad mayor es el porcentaje de población adulta mayor que tiene derechohabiencia en el IMSS (16.5% en lo rural, 30.1% en lo urbano y 53.7% en las metrópolis), lo contrario sucede con Seguro Popular, en las localidades más pequeñas hay un mayor porcentaje de población afiliada a esta institución (58.4% en lo rural, 37.6% en lo urbano y 15.2% en las metrópolis). La posición que se ocupa en el trabajo y la afiliación o derechohabiencia señala que entre los afiliados al SP se encuentra el porcentaje más bajo de población que trabaja como empleada con 36.4%, aún más bajo que entre los que no tienen derechohabiencia o no están afiliados a una institución de salud. Al incluir el tamaño de localidad en el análisis se corrobora que en las localidades de menor tamaño tener derechohabiencia a una institución como el IMSS, ISSSTE o PEMEX no es tan frecuente, quizás debido al tipo de empleos que se pueden obtener, y por lo tanto se recurre al SP para recibir atención médica. Por motivo de la afiliación, para los que tienen derechohabiencia en el IMSS destacan las opciones de prestación en el trabajo y jubilación o invalidez, para los que están afiliados en el SP el trabajo por cuenta propia es la categoría que destaca.

[3] Se probó que las diferencias fueran estadísticamente significativas a través de pruebas de $\chi 2$



Elaboración propia con datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012

En este capítulo el objetivo no es medir la calidad de los servicios de salud que se otorgan en las diferentes instituciones, más bien lo que se pretende evidenciar son los niveles de afiliación o derechohabiencia a servicios de salud, la presencia del SP como una alternativa de los adultos mayores para recibir atención médica, así como las diferencias en ese acceso con énfasis en el tamaño de localidad y la cohorte de nacimiento.

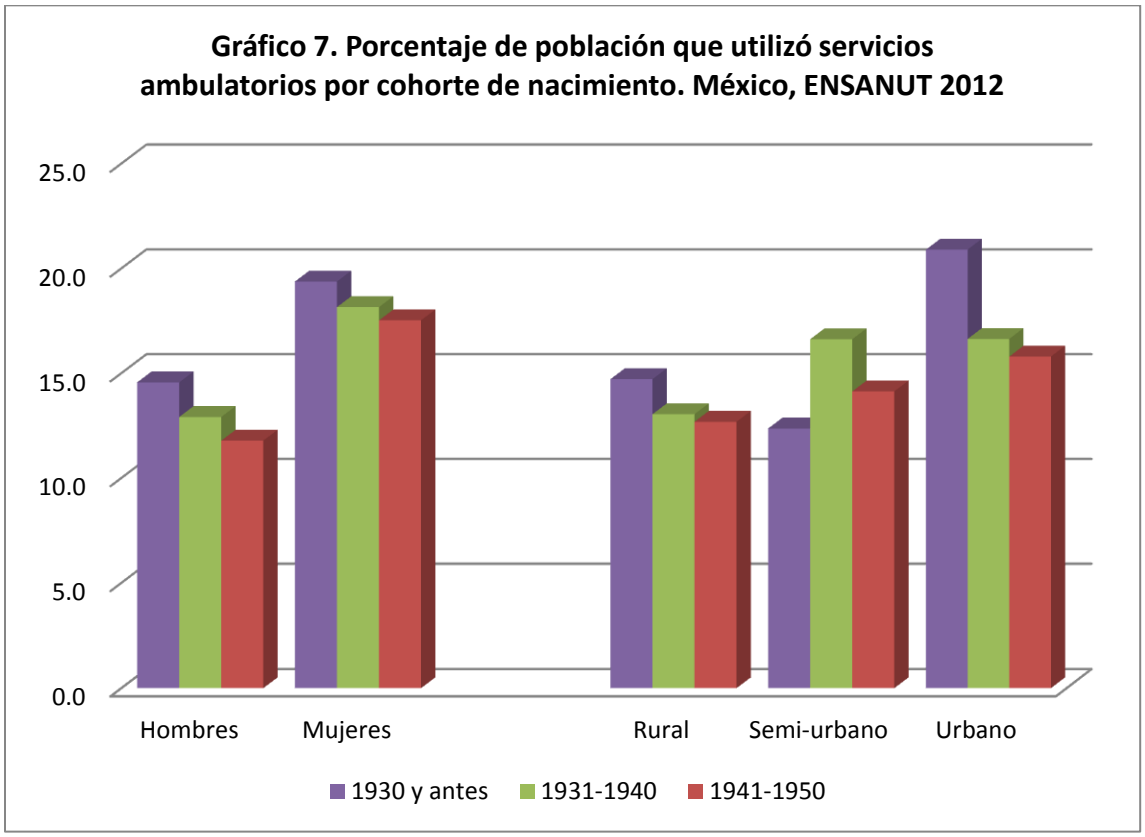
USO DE SERVICIOS AMBULATORIOS Y HOSPITALIZACIÓN

Además de los problemas de salud mencionados, es necesario saber si aquellos que los presentan hacen uso de los servicios de salud. Para ello en ENSANUT 2012 se pregunta por el uso de servicios ambulatorios y hospitalización. El uso de servicios ambulatorios es una manera indirecta de conocer el estado de salud de la población. De acuerdo con información de la Secretaría de Salud, la oferta de servicios ambulatorios en México no ha cambiado al ritmo que lo han hecho el proceso de envejecimiento y la transición epidemiológica. (Secretaría de Salud, 2010).

Las unidades de atención ambulatoria otorgan servicios a un alto porcentaje de la población, en especial la que habita en comunidades rurales y que no cuenta con seguridad social. La

ENSANUT permite determinar la proporción de la P60+ que hace uso de estos servicios, ya sea para atender alguna enfermedad, llevar un control de ésta, por accidente o por lesión.

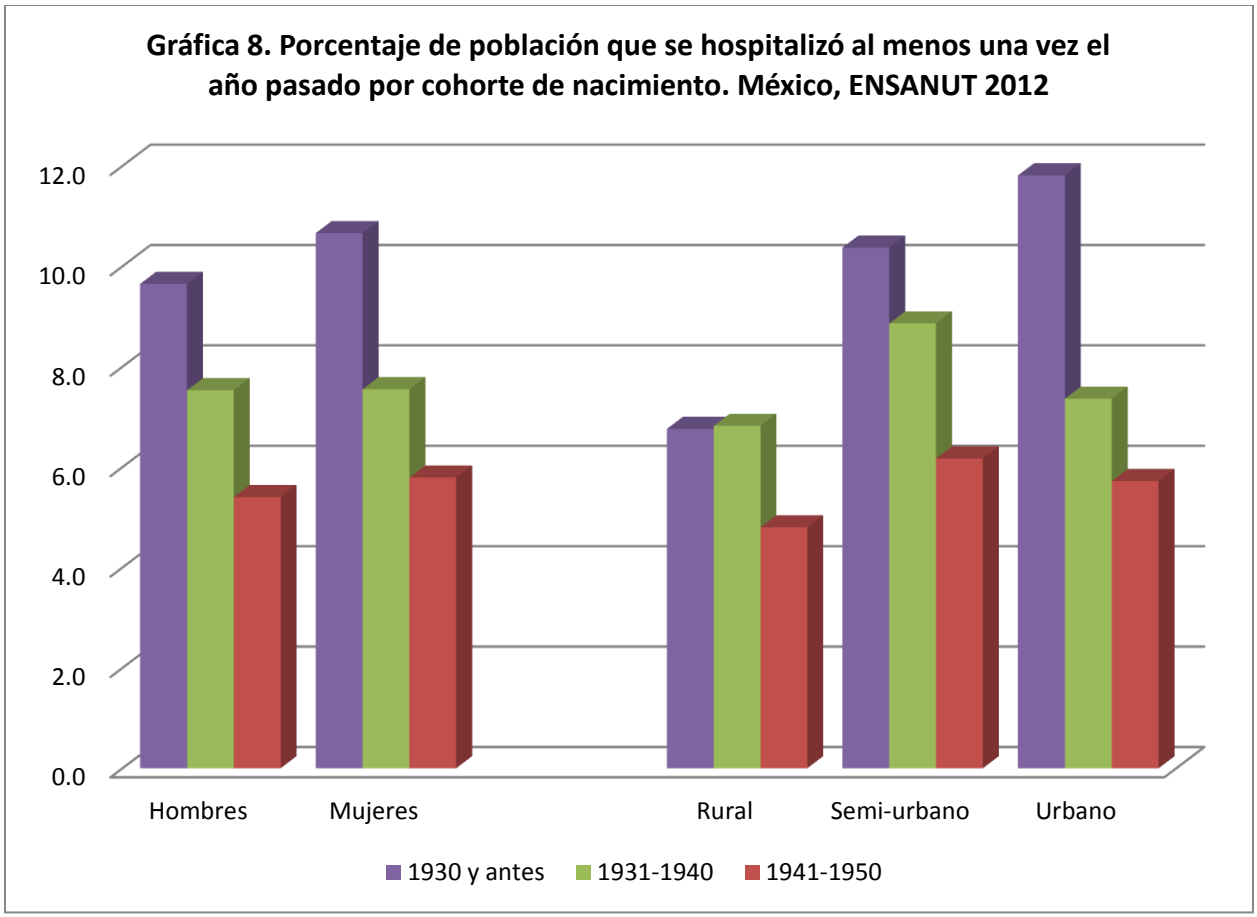
En la P60+ 15.1% utilizó servicios ambulatorios en los 15 días previos a la entrevista. Las mujeres lo hicieron en mayor medida (17.6%) que los hombres (12.2%), y además con diferencias en los ámbitos rurales (13.1%) y metropolitanos (16.2%). Entre los hombres de la cohorte nacida entre 1941-1950 el porcentaje que reporta el uso de servicios ambulatorios es de 11.8%, mientras que los hombres nacidos en 1930 y antes 14.6% reportan el uso de estos servicios.



Elaboración propia con datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012

Además del uso de servicios ambulatorios, la hospitalización es un indicador muy utilizado y complementario para conocer el estado de salud en el envejecimiento y la intensidad con que se hace uso de los servicios de salud. En la encuesta se pregunta si ¿estuvo hospitalizado o internado en el último año? En la P60+ 6.7% respondió que sí, las mujeres un poco más que los hombres, 7.0% y 6.3% respectivamente. Al analizar los resultados por tamaño de localidad, la

tendencia no es clara, en lo rural 5.7% se hospitalizó el último año, en lo urbano 7.6% y en las metrópolis 6.8%. La edad es un factor importante en la hospitalización, en la cohorte de 1941-1950 5.8% se hospitalizó, en la cohorte 1931-1940 el porcentaje es 8.4% y en la cohorte más envejecida es de 10.9%. En la mayoría de las hospitalizaciones las causas fueron enfermedad o cirugía. Los datos también muestran que al año en promedio los adultos mayores se hospitalizan 1.5 veces y pasaron 8.3 días hospitalizados.



Elaboración propia con datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012

TENDENCIAS DE SALUD

Los indicadores aquí presentados señalan que el estado de salud de la P60+ es heterogéneo. Con las mujeres, la población que vive en localidades rurales y el grupo de población con mayor edad como los que tienen mayores problemas de salud y menor acceso a los servicios de salud.

Para realizar un análisis de prospectiva es necesario analizar los comportamientos pasados de los indicadores, así como las tendencias futuras. Por ahora con los datos de las encuestas nacionales de salud, ENSA 2000, ENSANUT 2006 y ENSANUT 2012 podemos ver cambios en algunos indicadores de salud clave y que hacen suponer un envejecimiento poblacional complicado. Por ejemplo, la prevalencia de diabetes entre la población de 60 a 69 años se incrementó de 17.8% a 26.3% entre 2000 y 2012, mientras que entre la población de 70+ la prevalencia se duplicó. Un factor determinante en el estado de salud de la población es el porcentaje de población que tiene sobrepeso u obesidad, el cual también ha tenido un incremento considerable entre 2000 y 2012, mientras que 61.8% de los adultos de 20 años y más presentaban esta condición en 2000, el porcentaje en 2012 era de 71.2 puntos; estas cifras nos dan una idea de que las condiciones de las futuras cohortes de los adultos mayores, si no se actúa pronto, serán complicadas.

En este proceso también hay factores que tienen efectos positivos sobre el estado de salud. Por ejemplo, la escolaridad de las nuevas generaciones será más alta de la que presentan las actuales cohortes de adultos mayores. En 2010 de la cohorte de 60 a 64 años 11.6% tiene educación superior y los que en 2045 (25-29) tendrán 60 años 25% tiene educación superior. Si mayor escolaridad está relacionada con mejor estado de salud, se espera que las condiciones de la población envejecida mejoren en el futuro. No es claro el efecto y la magnitud de estos cambios sobre el estado de salud, ya que hay factores jugando a favor y en contra, además esos efectos son diferentes dependiendo de las características sociodemográficas de los individuos, entre ellas el sexo, la edad y el tamaño de la localidad en que residen.

BIBLIOGRAFÍA.

Beltrán-Sánchez, H., & Andrade, F. C. D. (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*, *25*, 815–38. doi:10.1177/0898264313491425

Borges-Yañez, S. A., & Gómez-Dantés, H. (1998). Uso de los servicios de salud por la población de 60 años y más en México. *Salud Pública de México*, *40*(1), 13–23. doi:10.1590/S0036

CEPAL (2003), Las Personas Mayores en América Latina y el Caribe: Diagnóstico sobre la Situación y las Políticas. Documento preparado para la conferencia regional intergubernamental sobre envejecimiento realizada en Santiago de Chile del 19 al 21 de noviembre de 2003.

Consejo Nacional de Población (2001), Programa Nacional de Población 2001-2006, México.

Domínguez, R. G., González, A., & Avilés, P. (2012). Fragilidad: prevalencia, características sociodemográficas y de salud, y asociación con calidad de vida de los adultos mayores. *Atención Familiar*, *19*(1), 1–6.

García-Peña C y González-González C. "Accesibilidad y efectividad en México". Gaceta Médica de México. Vol. 147, no. 6, Pp. 504-509. 2011

González-gonzález, C., Palloni, A., & Wong, R. (2015). Mortality and its association with chronic and infectious diseases in Mexico: A panel data analysis of the elderly. *Salud Pública de México*, *57*(S1), S39–S45.

González-González, C., Sánchez-García, S., Juárez-Cedillo, T., Rosas-Carrasco, O., Gutiérrez-Robledo, L. M., & García-Peña, C. (2011). Health care utilization in the elderly Mexican population: expenditures and determinants. *BMC Public Health*, *11*, 192.

Gutiérrez JP, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Villalpando-Hernández S, Franco A, Cuevas-Nasu L, Romero-Martínez M, Hernández-Ávila M. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública (MX), 2012.

Kinsella, Kevin, and Wan He, (2009). An Aging World: 2008, U.S. Census Bureau, International Population Reports P95/09-1 (Washington: Government Printing Office). www.census.gov/prod/2009pubs/p95-09-1.pdf.

Manrique-Espinoza, B., Salinas-Rodríguez, A., Moreno-Tamayo, K., & Téllez-Rojo, M. M. (2011). Prevalencia de dependencia funcional y su asociación con caídas en una muestra de adultos mayores pobres en México. *Salud Publica de Mexico*, *53*(1), 26–33.

Mathers, C., Bernard, C., & Iburg, K. (2003). Global burden of disease in 2002: data sources, methods and results. Global Programme on Evidence for Health Policy Discussion.

Organización Mundial de la Salud (2004), Promoción de la salud mental; conceptos, evidencia emergente, práctica: un informe compendiado. Un informe de la Organización Mundial de la Salud, Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias en colaboración con la Fundación Victorian para la promoción de la salud.

Palloni A. Pinto-Aguirre G. Pelaez M (2003). Demographic and health conditions of ageing in Latin America and the Caribbean. Int J Epidemiol 31:762-771.

Samper-Ternent R, Michaels-Obregon A, Wong R, Palloni A. Older adults under a mixed regime of infectious and chronic diseases. Salud Pública de Mex. 2012 Oct;54(5):487–95.

Secretaría de Salud (2001) Programa Nacional de Salud 2001-2006, Primera Edición, México.

Secretaría de Salud (2007) Programa Nacional de Salud 2007-2012, Primera Edición, México.

Secretaría de Salud. Observatorio del Desempeño Hospitalario 2010. Dirección General de Evaluación del Desempeño. Secretaría de Salud. México, 2011.

Vargas Becerra, P (2011) La cobertura en salud y el seguro popular. Coyuntura demográfica. Revista sobre los procesos demográficos en México hoy. Núm. 1, pp. 52-56, México, D.F.

World Health Organization (2011), "World report on disability", Geneva, 2011.

V

MORTALIDAD EN LA VEJEZ

Marcela Agudelo Botero
Roberto Ham Chande

INTRODUCCIÓN

El objetivo central de este capítulo es exponer la evolución de la mortalidad de la población de 60 y más en México, entre 1980 y 2013. Particularmente, en este capítulo se presentan las diferencias por sexo, en subgrupos decenales de edad asimilables a cohortes y por causas de muerte. Los datos empleados provienen de las estadísticas vitales de mortalidad del *Instituto Nacional de Estadística y Geografía* (INEGI) y de la *Secretaría de Salud* (SS) (INEGI/SS, 2015). Las causas de mortalidad se eligieron siguiendo el criterio de causa básica de defunción de la Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE) de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2004). Cabe señalar que entre 1980 y 1997 las causas de muerte se agruparon según la CIE, novena edición, mientras que a partir de 1998 y hasta la fecha sigue vigente la CIE en su décima versión. La selección del período 1980 a 2010 se hace en primer lugar por la disponibilidad de información confiable. Otro motivo es describir lo que sucede en la mortalidad de la población de 60 y más y las cohortes decenales de edad alrededor de 2010, para establecer comparaciones y estimar los cambios en cuanto a características y magnitudes estadísticas de la muerte.

ENVEJECIMIENTO Y COMPRESIÓN DE LA MORTALIDAD

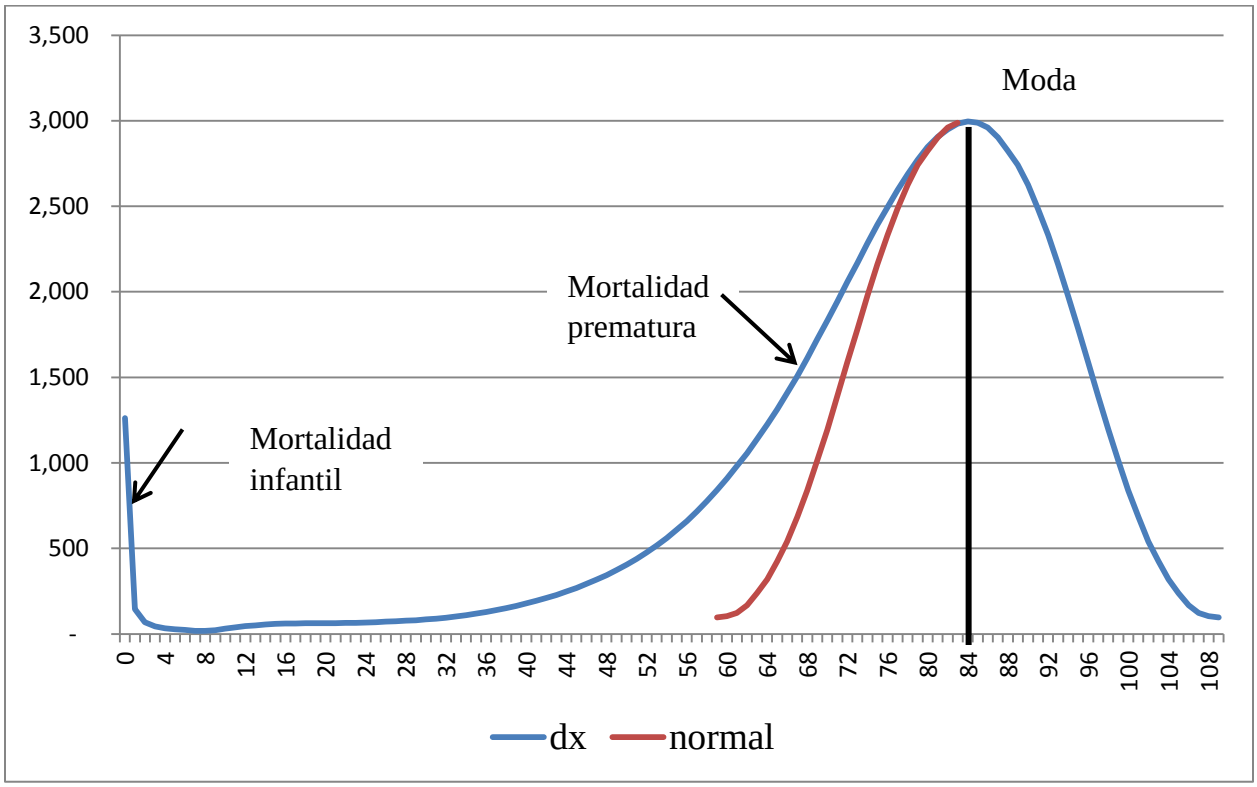
El actual panorama de mortalidad de la población mexicana ha sido el resultado de un proceso histórico donde han confluido los cambios en los patrones de salud-enfermedad y la composición de la estructura por edad. Denominados como transición epidemiológica y transición demográfica, estas dos perspectivas han interactuado de manera estrecha y simultánea, configurando nuevos patrones de morbilidad y mortalidad, que resultan heterogéneos según el sexo y el grupo de edad que se considere (Lozano *et al*., 2014; Secretaría de Salud, 2011). Un punto relevante es que se agregan también los determinantes socioeconómicos.

Los avances en las condiciones generales de vida, traducidos en el mejoramiento de los niveles de educación, vivienda, trabajo, higiene y salubridad, trajeron como consecuencia la

disminución de la mortalidad, cambiando la gran incidencia de muertes que antes ocurría en la base de la pirámide, particularmente en la mortalidad infantil, para concentrarla en las edades avanzadas. Ya está en la historia que uno de los determinantes de tal reducción fue la introducción de medidas de salud pública, como las campañas de vacunación, junto a los avances médicos como la disponibilidad de nuevos medicamentos y antibióticos. Se tuvo la ventaja de que fueron acciones sencillas de llevar a cabo y de bajo costo, pero que condujeron a un decremento significativo en la incidencia de las enfermedades infecciosas, además de permitir terapias que acortaban la prevalencia de las enfermedades y disminuían la letalidad (García-Peña & González-González, 2012).

Bajo el notable incremento a las esperanzas de vida experimentado durante el siglo XX y lo que se sigue ganando, la tendencia es a considerar que un deceso antes de llegar a la vejez es una muerte prematura. Los modelos paramétricos anticipan la acumulación de mortalidad en la vejez, de tal manera que el estudio de la mortalidad están cada vez más ligado al estudio del envejecimiento (Horiuchi et al, 2012). Estas transformaciones en los patrones de mortalidad han sido experimentados y estudiados en los países que han adelantado el envejecimiento de sus poblaciones y que en la demografía y la salud pública los mencionan como *compresión de la morbilidad y la mortalidad* (Fries, 1980). En este nuevo patrón la mortalidad se acumula en las edades avanzadas acercándose a una distribución normal, de manera que la dinámica de la mortalidad puede analizarse a través de los desplazamientos en el tiempo de la edad modal a la muerte y la desviación estándar de esa edad a la muerte, como medidas de longevidad (Kanisto, 2000), (Cheung et al, 2005), (Canudas-Romo, 2008). La siguiente gráfica 1 es un esquema simplificado de los estos autores han construido, esta vez utilizando la tabla de mortalidad femenina de 2010 de México.

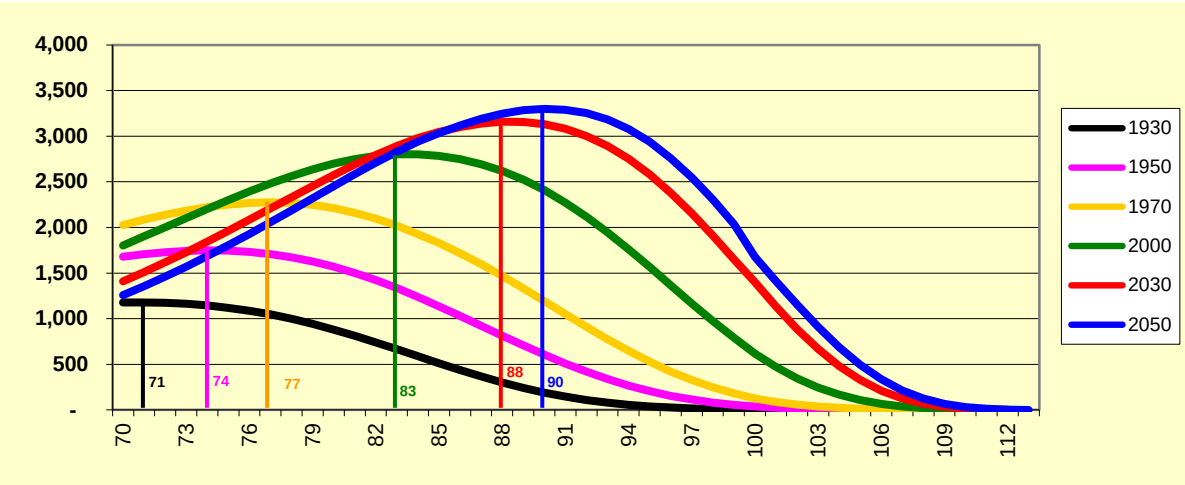
Gráfica 1. Distribución del número de muertes dx por edad de la tabla de mortalidad femenina. México, 2010.



Fuente de información: Tabla de mortalidad femenina 2010. CONAPO.

Esta gráfica sugiere que aún hay lugar para evitar la mortalidad infantil, lo cual es una situación más bien de rezagos socioeconómicos. Para nuestros objetivos el concepto teórico relevante es la idea de que la mortalidad debe seguir el patrón de la distribución normal y que antes de eso la muerte es prematura o, lo que sería lo mismo, evitable. En estas cifras hay dos edades modales a la muerte. Una es antes de cumplir el primer año de vida, cuando se da la mortalidad infantil. La otra moda está en las edades de la vejez y la meta en este caso es que se desplace hacia la derecha. Estas propuestas toman como base la experiencia mexicana expresada en la siguiente gráfica 2, la cual muestra la compresión de la mortalidad después de la edad 70, el incremento de la segunda edad modal y la asimilación hacia la distribución normal.

Gráfica 2. Compresión de la mortalidad femenina después de la edad 70. México, 1930-2050



Como puede apreciarse, desde 1930 ya podía detectarse una distribución normal a partir del segundo valor modal de la muerte por edad, el cual en ese año era 71 años. Es claro que la primera moda de la mortalidad infantil fue mucho más grande que el valor a los 71. Después viene un rápido desplazamiento para que la moda esté en la edad 83 en 2000. Más adelante y en proyecciones se estima que esté en 90 años hacia mitad de siglo.

El siguiente propósito sería evitar las muertes prematuras que se alejan de la figura de la distribución normal por el lado izquierdo. Como parte de esta aspiración de evitar mortalidad anticipada y logra la mortalidad *normal* lo que sigue es hacer una evaluación de la mortalidad por causas, pues de ahí deben partir los programas y las intervenciones.

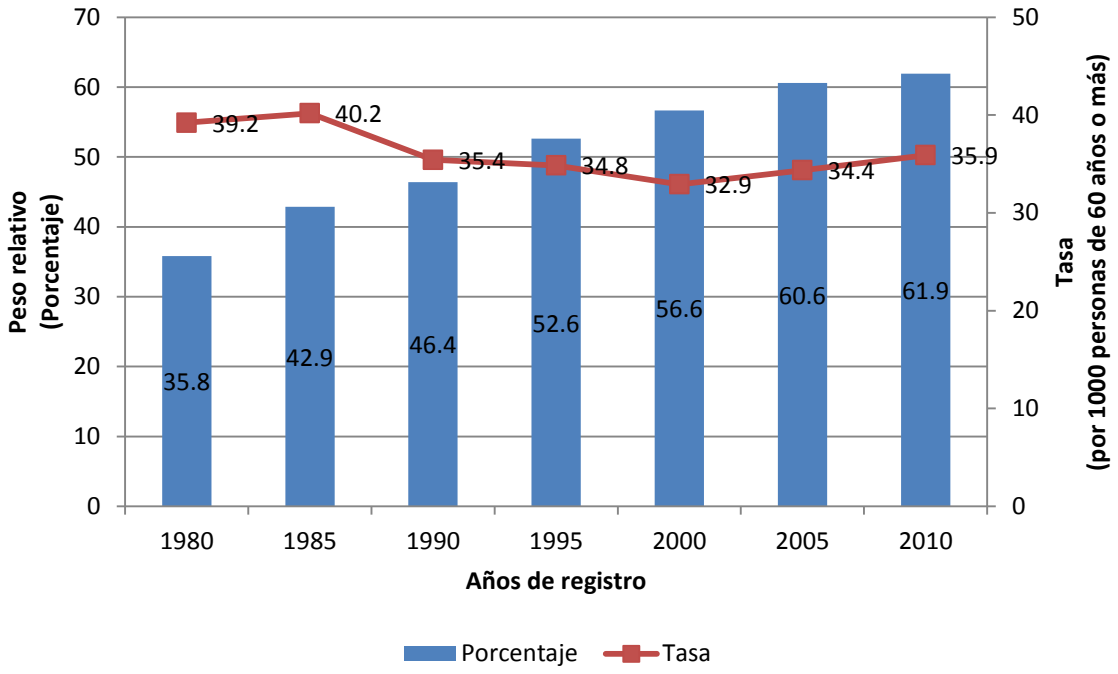
EVOLUCIÓN DE LA MORTALIDAD POR CAUSAS

En conjunto estos factores han incidido en la mayor sobrevivencia de la población para que ahora la mayoría de los que nacen alcancen con vida el umbral de la vejez. Además se agrega el hecho de que una vez en la vejez también se sobrevivan más años en un incremento de la longevidad. Sin embargo, no todo es mejoría, y debe considerarse que este alargamiento de la etapa final de la vida viene correlacionada con complicaciones relacionadas con deterioro a la salud. Entre ellas se encuentran la cronicidad de los padecimientos que además ahora son simultáneos en una multi-morbilidad que acarrea fragilidad y produce discapacidad permanente ante pérdidas de las capacidades funcionales físicas y mentales. Un efecto relevante y definitorio

de la vejez es que los deterioros llegan a generar dependencia en los ámbitos familiares, sociales, económicos, comunitarios e institucionales (Agudelo & Medina, 2014). Al igual que en los demás grupos de etarios, la población de mayor edad también experimenta transformaciones en su perfil epidemiológico. Estos cambios dependen no sólo de los individuos, sino también de las condiciones sociales y económicas. En este sentido, el proceso es parte de una etapa dinámica e inconclusa por la que México está pasando como país de desarrollo intermedio, donde es evidente una clara polarización de los estados de salud. Finalmente, estas patologías conducen al necesario episodio final de la muerte. De esta manera, los decesos no son sólo producto de la patología, sino también de las condiciones socioeconómicas que influyen en la patología y las maneras de atenderla.

El peso relativo de la mortalidad de personas de 60 años o más en relación con el total de defunciones ha sido de constante ascenso entre 1980 y 2013, como otra manifestación del desplazamiento de las muertes a edades más avanzadas. En 1980 ocurrieron en 434,465 defunciones, de las cuales 35.8% fueron de la población de 60 y más, mientras que en 2010 de las 592,018 muertes registradas, 61.9%% correspondieron a personas de tales edades. Es un notable cambio en tan sólo 23 años. La tasa de mortalidad en este periodo pasó de 39.2 a 35.9 por cada 1000 personas de 60 y más, lo que significó una reducción de 8.4%, como se muestra en la gráfica 1. Esta baja se relaciona con el incremento de la población de 60 y más y la mayor longevidad de este grupo.

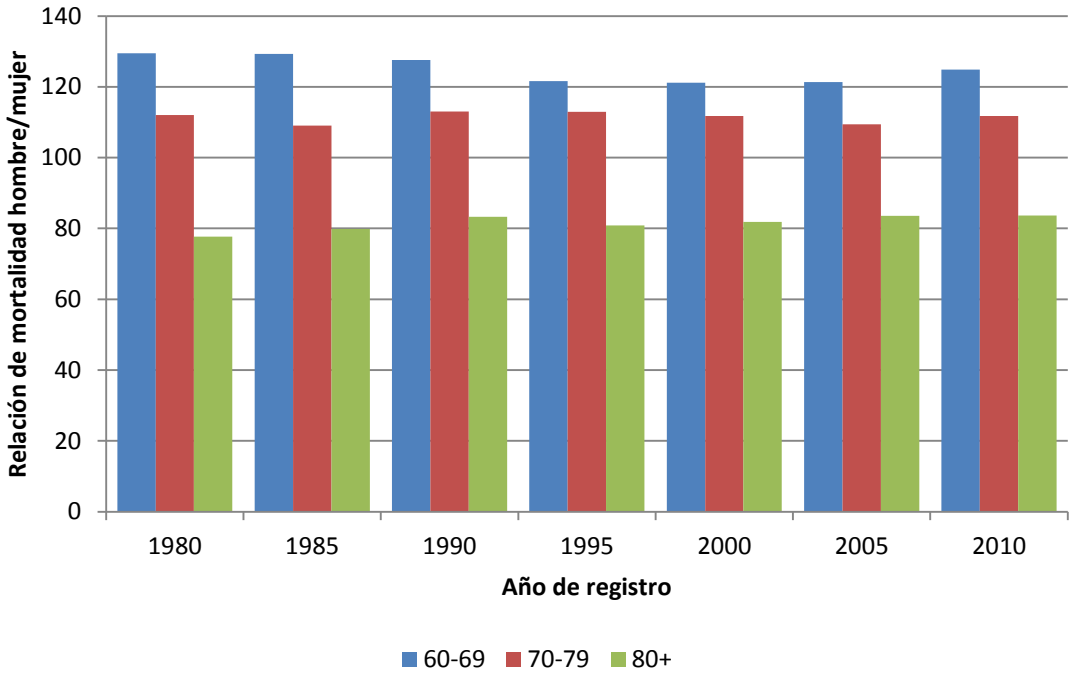
Gráfica 4. Peso relativo y tasas de mortalidad de la población de 60+. México, 1980-2010



Fuente: Elaboración propia con datos de INEGI/SS. Estadísticas vitales. Registros de mortalidad, 1980-2010. CONAPO. Estimaciones de la población 1970-1990, 1990-2010 y 2010-2050.

La gráfica 2 muestra los índices de masculinidad a la muerte por grupos decenales de edad. Estas cifras son para la población de ambos hombres y mujeres, números que están afectados por el menor número de hombres y el más numerosos de mujeres expuestos al riesgo, además de sus respectivas tasas de mortalidad y sus diferencias por sexo. En esas edades el número de mujeres sobrepasa al de los hombres y sus tasas de mortalidad son menores. Aun con estas diferencias, la combinación entre diferentes tamaños de población por sexo y tasas de mortalidad produce un mayor número de muertes masculinas que femeninas desde 60 y hasta 79 años. Pero a partir de la edad 80 el número de muertes es decididamente mayor en mujeres. Es efecto de que los sobrevivientes masculinos son menos que las sobrevivientes mujeres, además de que las tasas de mortalidad por sexo tienden a converger en las edades extremas de 80 y más.

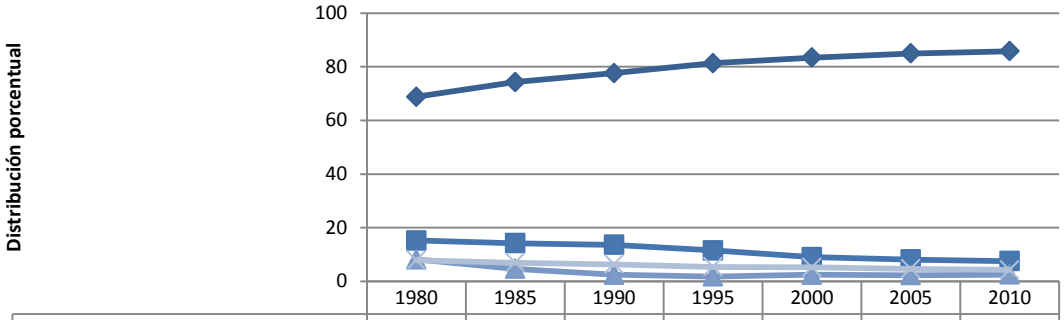
Gráfica 2. Razón de mortalidad hombres/mujeres de la población de 60+, según grupos decenales de edad. México, 1980-2010



Fuente: Elaboración propia con datos de INEGI/SS. Estadísticas vitales. Registros de mortalidad, 1980-2010.

En la gráfica 3 se puede apreciar un incremento en el porciento de defunciones en la población de 60 y más, por grandes grupos de causas de muerte. Tanto para hombres como para mujeres la principal causa de muerte son las enfermedades no trasmisibles, las cuales entre 1980 y 2010 aumentaron en 193.2% para los hombres y en 188.2% para las mujeres. Los porcentajes fueron de 68.8% en 1980 a 85.8% en los hombres y para las mujeres el ascenso fue de 71.8% a 87.3%. Estas enfermedades en 2010 representaron más de 85% de las defunciones para ambos sexos. Es de notar que todos los demás grupos de causas están a la baja.

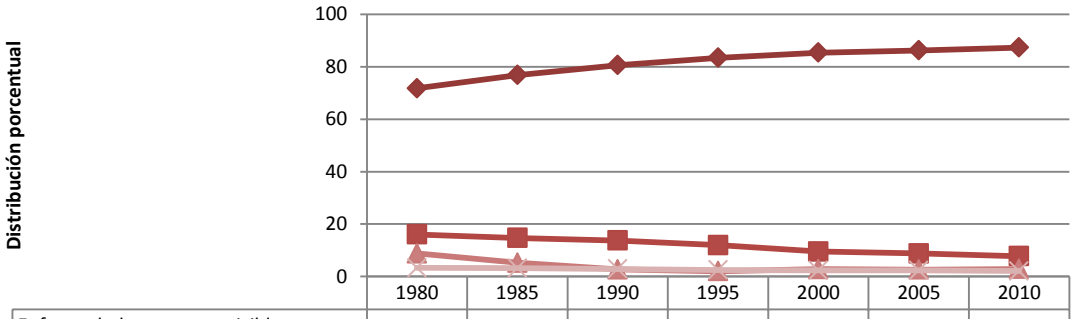
Gráfica 3. Mortalidad de la P60+ masculina por grandes causas y sexo. México, 1980-2010



	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010
Enfermedades no transmisibles	68.8	74.3	77.6	81.3	83.4	84.9	85.8
Enfermedades transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales	15.2	14.2	13.6	11.5	9.0	8.1	7.5
Causas mal definidas	8.2	4.6	2.5	1.8	2.4	2.3	2.5
Causas externas de morbilidad y mortalidad	7.8	6.9	6.4	5.4	5.2	4.7	4.2

Año de registro

Enfermedades no transmisibles
Enfermedades transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales
Causas mal definidas
Causas externas de morbilidad y mortalidad



	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010
Enfermedades no transmisibles	71.8	76.8	80.6	83.4	85.4	86.2	87.3
Enfermedades transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales	16.0	14.7	13.8	12.0	9.5	8.8	7.8
Causas mal definidas	8.8	5.3	2.7	2.1	2.8	2.6	2.9
Causas externas de morbilidad y mortalidad	3.3	3.2	2.9	2.5	2.3	2.3	2.1

Año de registro

Enfermedades no transmisibles
Enfermedades transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales
Causas mal definidas
Causas externas de morbilidad y mortalidad

Fuente: Elaboración propia con datos de INEGI/SS. Estadísticas vitales. Registros de mortalidad, 1980-2010.

Las brechas por sexo en la tasa de la mortalidad de la población de 60 y más fueron persistentes en el período de estudio y debe ser general para todas las épocas, siempre con tasas superiores para los varones. El cuadro 1 indica que en 2010 la tasa de mortalidad bruta fue de 38.8 por cada 1000 hombres *versus* 33.4 por cada 1000 mujeres. En general, las tasas de mortalidad han disminuido para los subgrupos de edad 60-69 y 70-79 años, sin embargo, para el grupo de 80 años y más las tasas aumentaron entre 1980 y 2010. También se observa que las tasas de mortalidad se elevan a medida que la edad avanza.

Cuadro 1. Tasas de mortalidad de la P60+ por subgrupos de edad y sexo. México, 1980-2010

		Hombres		
	60-69	70-79	80-89	Total
1980	25.1	48.1	90.3	42.4
1990	18.8	42.4	103.0	37.1
2000	18.2	38.5	98.8	34.8
2010	18.8	42.3	109.9	38.8
		Mujeres		
	60-69	70-79	80-89	Total
1980	17.4	36.3	97.3	36.2
1990	14.3	34.2	103.9	33.8
2000	14.0	31.0	95.6	31.2
2010	13.6	32.8	102.1	33.4

Fuente: Elaboración propia con datos de INEGI/SS. Estadísticas vitales. Registros de mortalidad, 1980-2013. Conapo. Estimaciones de la población 1970-1990, 1990-2010 y 2010-2050.

El cuadro 2 compara por sexo a través del número de decesos las 10 primeras causas de muerte en la población de 60 y más entre 1980 y 2010. Estas cifras indican que el perfil de la mortalidad es mayormente por enfermedades no infecciosas en esta etapa de la vida. Es de señalar que en 1980 aparecían como principales causas de muerte algunas enfermedades transmisibles como infecciones respiratorias agudas bajas, enfermedades infecciosas intestinales, en ambos sexos, a lo que se agrega la tuberculosis en el caso de los hombres y los tumores malignos del estómago para las mujeres. Para 2010 sólo las infecciones respiratorias agudas bajas permanecieron dentro del listado. Otro rasgo distintivo entre los periodos es que para 1980 ninguna de las causas de muerte concentró más de 8.1% del total de las defunciones en las 10

primeras causas. En cambio, para 2010 las dos primeras causas en hombres y mujeres de 60 y más agrupó más de 15% de las muertes. Al desagregar los datos por causas específicas de muerte y sexo también se evidencian diferencias importantes, como la distribución y orden de las causas, el peso relativo de cada una de ellas y la aparición en la lista de 2010 de padecimientos que afectan a cada sexo de manera particular, como el cáncer de mama en las mujeres y el cáncer de próstata en los hombres.

Los hombres de 60 y más tuvieron como principal causa de muerte a las enfermedades isquémicas del corazón, tanto en 1980 como en 2010, de hecho el número de muertes por esta enfermedad pasó de 8.1% a 16.7%. Para 2010 la diabetes mellitus pasó de ocupar la quinta a la segunda causa de muerte masculina, con un notorio incremento de las defunciones de casi siete veces. La cirrosis y otras enfermedades del hígado ocuparon, en ambos años, el quinto lugar, aunque en términos relativos representaron 4.5% y 5% del total de las muertes respectivamente. Las infecciones respiratorias agudas descendieron del segundo al séptimo puesto, en tanto la nefritis y la nefrosis solo cedieron un lugar, del octavo en 1980 al noveno en 2010. El tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón permaneció como décima causa de muerte. Finalmente, en 2010 apareció en la lista de las 10 primeras la enfermedad hipertensiva, en sexto lugar y el tumor maligno de la próstata en noveno lugar.

Por parte de las mujeres, la principal causa de muerte pasó de ser la enfermedad cerebrovascular en 1980 a la diabetes mellitus en 2010. Las muertes por esta última enfermedad se incrementaron 5.7 veces entre 1980 y 2010. En segundo lugar se ubicaron las enfermedades isquémicas del corazón quienes subieron del cuarto al segundo puesto, agrupando en 2010 15.3% de las defunciones, más del doble que en 1980. La enfermedad cerebrovascular pasó del primer al tercer lugar entre el periodo. La cirrosis y otras enfermedades del hígado estuvieron entre las principales casusa de muerte femenina, agrupando 2.6% del total de defunciones. Los últimos lugares como causa de muerte en 2010 fueron la desnutrición calórica proteica y el tumor maligno de mama, los cuales agruparon en su conjunto 3.3% de los fallecimientos femeninos.

Cuadro 2. Principales causas de mortalidad de la P60+ según sexo. México, 1980 y 2010

Hombres

N°	Causa 1980	Defunciones	%	Causa 2010	Defunciones	%
1	Enfermedades isquémicas del corazón	6367	8.1	Enfermedades isquémicas del corazón	30723	16.7
2	Infecciones respiratorias agudas bajas	5013	6.4	Diabetes mellitus	27867	15.1
3	Enfermedad cerebrovascular	4929	6.3	Enfermedad cerebrovascular	12294	6.7
4	Diabetes mellitus	4054	5.2	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	12199	6.6
5	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	3509	4.5	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	9286	5.0
6	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	2955	3.8	Enfermedades hipertensivas	6250	3.4
7	Enfermedades infecciosas intestinales	2840	3.6	Infecciones respiratorias agudas bajas	5943	3.2
8	Nefritis y nefrosis	2012	2.6	Tumor maligno de la próstata	5261	2.9
9	Tuberculosis	1748	2.2	Nefritis y nefrosis	4733	2.6
10	Tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón	1356	1.7	Tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón	3548	1.9
	Total	***78,267***	***100.0***	***Total***	***184,082***	***100.0***

Mujeres

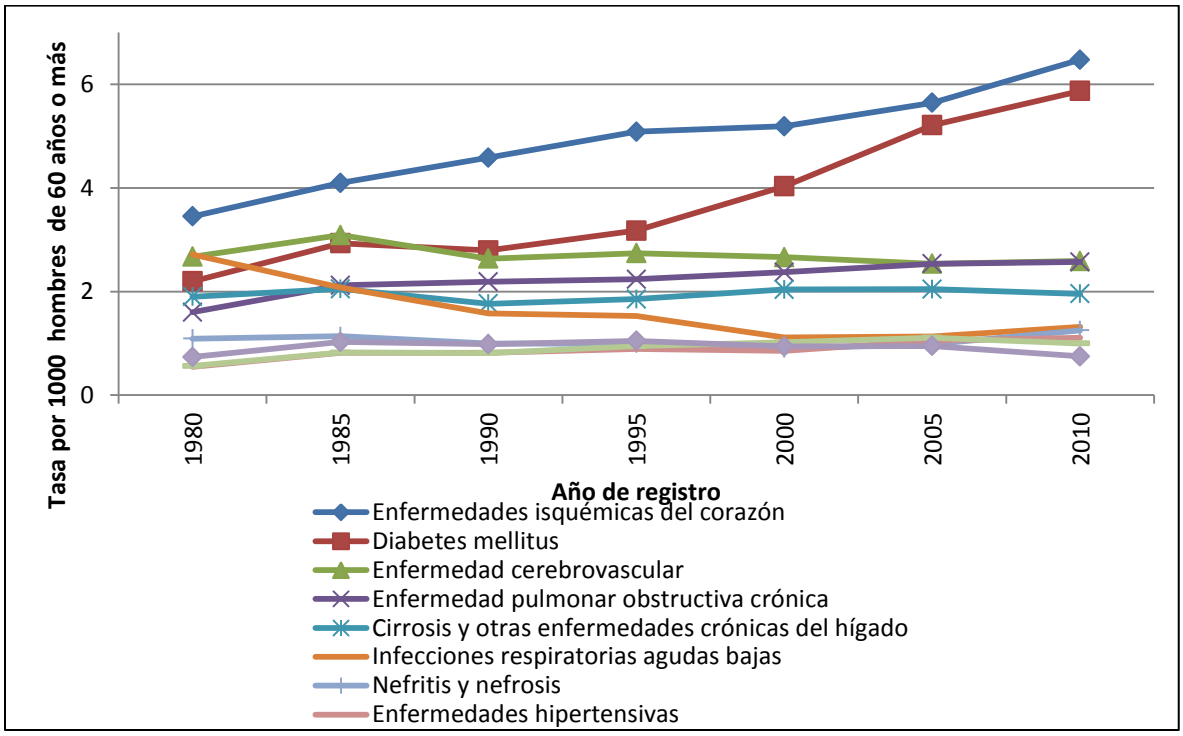
N°	Causa 1980	Defunciones	%	Causa 2010	Defunciones	%
1	Enfermedad cerebrovascular	5936	7.7	Diabetes mellitus	33587	18.4
2	Diabetes mellitus	5843	7.6	Enfermedades isquémicas del corazón	27898	15.3
3	Infecciones respiratorias agudas bajas	5376	7.0	Enfermedad cerebrovascular	14433	7.9
4	Enfermedades isquémicas del corazón	5360	7.0	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	10124	5.6
5	Enfermedades infecciosas intestinales	3163	4.1	Enfermedades hipertensivas	8824	4.8
6	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	2393	3.1	Infecciones respiratorias agudas bajas	5581	3.1
7	Nefritis y nefrosis	2179	2.8	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	4801	2.6
8	Enfermedades hipertensivas	1519	2.0	Nefritis y nefrosis	4264	2.3
9	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	1441	1.9	Desnutrición calórico protéica	3635	2.0
10	Tumor maligno del estómago	1074	1.4	Tumor maligno de la mama	2299	1.3
	Total	***76,856***	***100.0***	***Total***	***182,141***	***100.0***

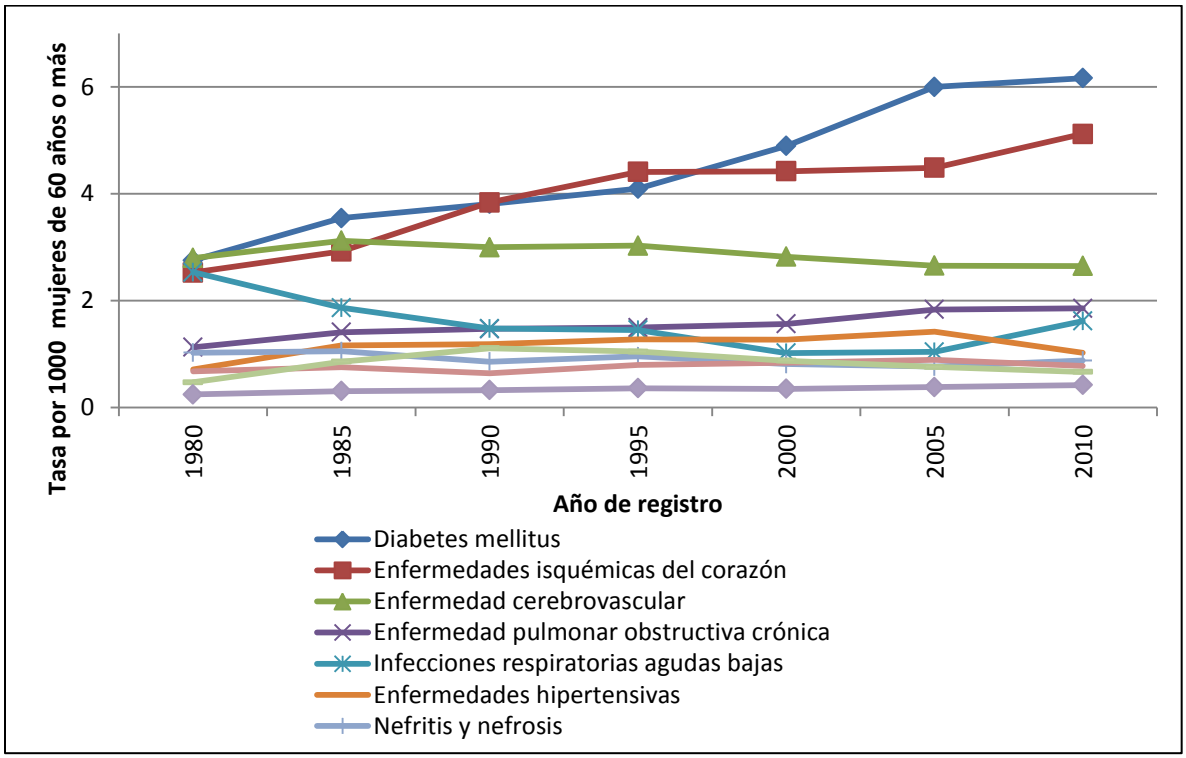
Fuente: INEGI/SS. Estadísticas vitales. Registros de mortalidad, 1980-2010. Elaboración propia.

La gráfica 5 indica que en 2010 las tasas brutas de mortalidad masculina por cada 1000 de mayor a menor fueron: enfermedades isquémicas del corazón (6.5), diabetes mellitus (5.9), enfermedad cerebrovascular (2.6), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (2.6), cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado (2.0), enfermedades hipertensivas (1.3), infecciones respiratorias agudas bajas (1.3), tumor maligno de la próstata (1.1), nefritis y nefrosis (1.0) y tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón (0.7). Los mayores aumentos en las tasas de mortalidad fueron por diabetes mellitus (167.2%), enfermedades hipertensivas (103.7%), enfermedades isquémicas del corazón (87.6%) y tumor maligno de la próstata (76.6%). Las mayores reducciones se registraron en las tasas de mortalidad por infecciones respiratorias agudas bajas (51.5%) y enfermedad cerebrovascular (3%) .

En las mujeres el orden de las tasas fueron: diabetes (6.2), enfermedades isquémicas del corazón (5.1), enfermedad cerebrovascular (2.6), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (1.9), enfermedades hipertensivas (1.6), infecciones respiratorias agudas bajas (1.0), nefritis y nefrosis (0.9), cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado (0.8), desnutrición calórico proteica (0.7), tumor maligno de la mama (0.4). El incremento más alto de las tasas se dio por diabetes mellitus (123,8%) y enfermedades isquémicas del corazón (102.6%). Sólo las enfermedades cerebrovasculares, la nefritis y nefrosis, y las infecciones respiratorias bajas disminuyeron sus tasas en 5.3%, 14.2% y 36.1%, respectivamente.

Gráfica 5. Tasas de mortalidad de la P60+, según las 10 principales causas y sexo. México, 1980-2010





Nota: De acuerdo con las diez principales causas de mortalidad de 2010.

Fuente: Elaboración propia. INEGI/SS. Estadísticas vitales. Registros de mortalidad, 1980-2010. Conapo. Estimaciones de la población 1970-1990, 1990-2010 y 2010-2050.

VARIACIONES DE LA MORTALIDAD POR SUBGRUPOS DE EDAD

Los datos de mortalidad de la población de 60 y más también expresan diferencias en la carga de enfermedades que afectan a cada subgrupo de acuerdo con el sexo. En el cuadro 4 se puede apreciar que tanto en 1980 como en 2010 las principales causas de muerte que están en los primeros tres o cuatro lugares entre los subgrupos decenales de edad son prácticamente las mismas, con ligeras variaciones en el orden de importancia. La diabetes mellitus y las enfermedades isquémicas del corazón aparecen como la primera y segunda causa de muerte para los hombres y mujeres de 60-69 y 70-79 años de edad. Pero debe notarse que en el grupo de edad abierto de 80 y más el primer lugar como causa de muerte en 1980 lo ocupó las infecciones respiratorias agudas bajas y en 2010 las enfermedades isquémicas del corazón, seguidas de la diabetes. Por lo general, las tasas de mortalidad fueron mayores para los hombres respecto con las mujeres por todas las causas analizadas, excepto para las edades extremas de 80 y más en 1980, donde las tasas de mortalidad femenina fueron más elevadas en la mayoría de las causas.

Si bien, las causas de mortalidad en todos los subgrupos de edad fueron principalmente de índole crónicas, las muertes por causas transmisibles y nutricionales continúan afectando a la población de 60 y más, especialmente a los más envejecidos. Los fallecimientos por infecciones respiratorias agudas bajas, enfermedades infecciosas intestinales, así como por desnutrición calórica proteica disminuyeron considerablemente entre 1980 y 2010. Sin embargo, en el subgrupo de 80 y más estas causas fueron 7.4% del total de las muertes de hombres y mujeres. Algunas de causas aparecen sólo en el listado de determinados grupos de edad, como el tumor maligno de la mama y el tumor maligno del cuello del útero en las mujeres de 60-69 años. En los hombres este es el caso del tumor maligno de próstata en las edades 60-69 y 70-79 años. La desnutrición calórica proteica acontece en las edades de 80 y más.

Es de notarse que la tasa de mortalidad que más se incrementó durante el periodo fue por diabetes mellitus, tanto para hombres y mujeres de todos los subgrupos de edad. Los aumentos más elevados fueron para los hombres y más pronunciados al avanzar en los grupos. Solo considerando las personas de 80 y más la tasa de mortalidad por diabetes creció en 75.2% en hombres y 67.5% en mujeres. En contraste, las reducciones más acentuadas fueron por infecciones respiratorias agudas bajas y enfermedades infecciosas intestinales. La disminución de las muertes por enfermedades no transmisibles no se dio en todos los casos, ya que la tasa de

mortalidad por desnutrición calórica proteica en 80 y más aumentó 57.1% en los hombres y 38.8% en las mujeres.

Cuadro 4. Principales causas de mortalidad de la P60+ años, según sexo y subgrupos decenales de edad. México, 1980 y 2010

N°	Causa 1980	%	Tasa	Causa 2010	%	Tasa
60-69 años						
Hombres						
1	Enfermedades isquémicas del corazón	9.0	2.3	Diabetes mellitus	21.3	4.0
2	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	7.6	1.9	Enfermedades isquémicas del corazón	14.5	2.7
3	Diabetes mellitus	6.9	1.7	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	9.1	1.7
4	Enfermedad cerebrovascular	5.5	1.4	Enfermedad cerebrovascular	5.0	0.9
5	Infecciones respiratorias agudas bajas	4.5	1.1	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	3.3	0.6
6	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	2.4	0.6	Enfermedades hipertensivas	2.4	0.4
7	Tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón	2.4	0.6	Tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón	2.3	0.4
8	Nefritis y nefrosis	2.3	0.6	Nefritis y nefrosis	2.2	0.4
9	Agresiones (homicidios)	1.9	0.5	Tumor maligno de la próstata	1.7	0.3
10	Enfermedades hipertensivas	1.2	0.3	Infecciones respiratorias agudas bajas	1.7	0.3
	Total	***100***	***11.0***	***Total***	***100***	***18.8***
Mujeres						
1	Diabetes mellitus	11.4	2.0	Diabetes mellitus	27.9	3.8
2	Enfermedad cerebrovascular	7.2	1.3	Enfermedades isquémicas del corazón	10.2	1.4
3	Enfermedades isquémicas del corazón	6.6	1.2	Enfermedad cerebrovascular	5.5	0.8
4	Infecciones respiratorias agudas bajas	4.5	0.8	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	4.8	0.7
5	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	3.5	0.6	Enfermedades hipertensivas	3.0	0.4
6	Nefritis y nefrosis	3.0	0.5	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	2.8	0.4
7	Tumor maligno del cuello del útero	2.5	0.4	Tumor maligno de la mama	2.5	0.3
8	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	2.2	0.4	Nefritis y nefrosis	2.5	0.3
9	Enfermedades hipertensivas	1.7	0.3	Tumor maligno del cuello del útero	1.9	0.3
10	Tumor maligno de la mama	1.3	0.2	Tumor maligno del hígado	1.7	0.2
	Total	***100***	***17.4***	***Total***	***100***	***13.6***
70-79 años						
Hombres						
1	Enfermedades isquémicas del corazón	9.5	4.1	Diabetes mellitus	16.9	7.2
2	Enfermedad cerebrovascular	7.3	3.2	Enfermedades isquémicas del corazón	16.1	6.8
3	Infecciones respiratorias agudas bajas	6.7	2.9	Enfermedad cerebrovascular	6.8	2.9
4	Diabetes mellitus	6.4	2.7	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	6.3	2.7
5	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	4.8	2.0	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	5.2	2.2
6	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	4.3	1.9	Tumor maligno de la próstata	3.2	1.3
7	Nefritis y nefrosis	3.0	1.3	Enfermedades hipertensivas	3.2	1.3
8	Tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón	2.2	0.9	Nefritis y nefrosis	2.5	1.1
9	Tumor maligno de la próstata	1.7	0.7	Infecciones respiratorias agudas bajas	2.5	1.1
10	Enfermedades hipertensivas	1.5	0.6	Tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón	2.4	1.0
	Total	***100***	***42.9***	***Total***	***100***	***42.3***
Mujeres						
1	Diabetes mellitus	8.3	3.4	Diabetes mellitus	19.8	6.9
2	Enfermedad cerebrovascular	7.5	3.1	Enfermedades isquémicas del corazón	12.0	4.2
3	Enfermedades isquémicas del corazón	6.6	2.7	Enfermedad cerebrovascular	6.4	2.2
4	Infecciones respiratorias agudas bajas	5.2	2.1	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	4.3	1.5
5	Enfermedades infecciosas intestinales	3.9	1.6	Enfermedades hipertensivas	3.9	1.3
6	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	2.9	1.2	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	2.9	1.0
7	Nefritis y nefrosis	2.6	1.1	Nefritis y nefrosis	2.2	0.8
8	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	1.9	0.8	Infecciones respiratorias agudas bajas	2.2	0.8
9	Enfermedades hipertensivas	1.7	0.7	Tumor maligno del hígado	1.5	0.5
10	Tumor maligno del hígado	0.9	0.4	Tumor maligno de la mama	0.5	0.2
	Total	***100***	***40.7***	***Total***	***100***	***34.8***

80+

Hombres

N°	Causa 1980	%	Tasa	Causa 2010	%	Tasa
1	Infecciones respiratorias agudas bajas	6.8	7.9	Enfermedades isquémicas del corazón	18.6	20.5
2	Enfermedades isquémicas del corazón	5.3	6.2	Diabetes mellitus	9.5	10.5
3	Enfermedad cerebrovascular	5.2	6.1	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	9.2	10.1
4	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	3.9	4.5	Enfermedad cerebrovascular	7.7	8.5
5	Diabetes mellitus	2.2	2.6	Infecciones respiratorias agudas bajas	4.9	5.3
6	Nefritis y nefrosis	2.1	2.5	Enfermedades hipertensivas	4.3	4.7
7	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	1.3	1.5	Tumor maligno de la próstata	3.3	3.7
8	Desnutrición calórico protéica	1.2	1.4	Desnutrición calórico protéica	3.0	3.3
9	Tumor maligno de la próstata	1.2	1.4	Nefritis y nefrosis	2.8	3.1
10	Enfermedades hipertensivas	1.0	1.2	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	2.1	2.3
	Total	***100***	***116.3***	***Total***	***100***	***109.9***

Mujeres

N°	Causa 1980	%	Tasa	Causa 2010	%	Tasa
1	Infecciones respiratorias agudas bajas	12.0	9.1	Enfermedades isquémicas del corazón	19.0	19.4
2	Enfermedad cerebrovascular	9.6	7.3	Diabetes mellitus	11.7	12.0
3	Enfermedades isquémicas del corazón	8.8	6.6	Enfermedad cerebrovascular	8.9	9.1
4	Enfermedades infecciosas intestinales	5.5	4.2	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	7.2	7.3
5	Diabetes mellitus	5.2	3.9	Enfermedades hipertensivas	6.0	6.1
6	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	4.6	3.4	Infecciones respiratorias agudas bajas	4.2	4.3
7	Nefritis y nefrosis	3.4	2.6	Desnutrición calórico protéica	3.2	3.3
8	Enfermedades hipertensivas	2.8	2.1	Nefritis y nefrosis	2.3	2.4
9	Desnutrición calórico protéica	2.7	2.0	Demencia y otros trastornos degenerativos y herec	1.3	1.4
10	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	1.0	0.8	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	1.2	1.2
	Total	***100***	***75.6***	***Total***	***100***	***102.1***

Nota: Tasa por cada 1000 adultos mayores (de acuerdo con el sexo y subgrupo de edad).

Fuente: INEGI/SS. Estadísticas vitales. Registros de mortalidad, 1980-2010. Conapo. Estimaciones de la población 1970-1990, 1990-2010 y 2010-2050. Elaboración propia.

PERFIL DE LA MORTALIDAD EN EL ENVEJECIMIENTO

A través de los resultados se evidencia que el perfil de mortalidad de las P60+ tiene un predominio de las enfermedades no transmisibles, aunque las enfermedades transmisibles y nutricionales también representan una notable carga de mortalidad, a las que se agregan las causas externas que muestran una tendencia ascendente. Todas estas enfermedades conforman un régimen de mortalidad variado y complejo que requiere de abordajes de prevención, control y atención específicos. En este sentido, uno de los mayores retos que enfrenta el sistema sanitario en el país es el de responder a las actuales y futuras demandas de atención a la salud y distribuir de manera eficiente los escasos recursos de los que dispone para contender la creciente epidemia derivada de las enfermedades crónicas, al tiempo que se deben reforzar las estrategias que conduzcan a mitigar y disminuir aún más las muertes de tipo infecto-contagiosas. De forma paralela, es fundamental prevenir y evitar las muertes por accidentes de tráfico de vehículo de motor, caídas accidentales y suicidios.

La sobremortalidad masculina de las personas de 60+ pone en relieve la necesidad de aproximarse al tema desde una perspectiva de género. Se deben intervenir en aquellos factores de riesgo culturales y sociales que hacen más propensos a los hombres a morir de manera temprana, así como cubrir las demandas de servicios y asistencia médica y social de las mujeres. Ya que se sabe que los últimos años de vida suelen ser más desfavorables para las mujeres por mayor prevalencia y severidad de la discapacidad, además de la pérdida de años de vida saludables. Esta visión deberá ser transversal a todos los subgrupos de edad, puesto que la mortalidad al interior de la población de 60 y más refleja un abanico de causas diverso, con una distribución diferencial de los tipos de muerte.

Los datos expuestos dan cuenta de las causas que producen el fallecimiento y su distribución, pero no son suficientes para explicar el complejo proceso de salud-enfermedad que antecede a la muerte de los individuos. Para generar políticas y programas de atención apegados a la realidad de esta población es indispensable contrastar estos hallazgos con estudios centrados en la prevalencia, incidencia, severidad, duración y progresión de las enfermedades, la comorbilidad y sus efectos adversos de discapacidad, pérdida de funcionalidad y dependencia. En la medida de lo posible esta información deberá contemplar el contexto social y económico como trasfondo y su influencia en las condiciones de vida, así como el impacto de los factores de riesgo acumulados durante todo el ciclo vital y su expresión en la vejez.

BIBLIOGRAFÍA

Agudelo, M. & Medina, R. (2014). Dependencia de las personas adultas mayores: conceptos e implicaciones. En, L.M. Gutiérrez, M.C. García & J.E. Jiménez (eds.), *Envejecimiento y Dependencia. Realidades y previsión para los próximos años. Documento de Postura.* (pp. 1-27). México: Academia Nacional de Medicina/CONACyT.

Canudas-Romo, Vladimir (2008) “The modal age at death and the shifting mortality hypothesis” *Demographic Research.* Volume 19, article 30, pages 1179-1204

Cheung, S. L. K., Robine, J. M., Jow-Ching Tu, E., and Caselli, G. (2005). Three dimensions of the survival curve: Horizontalization, verticalization, and longevity extension.*Demography*, 42(2):243–258.

Consejo Nacional de Población. Proyecciones de la Población 2010-2050. (s.f.). Extraído el 24 de Febrero de 2015 http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Proyecciones

Fries, J.F. (1980). Aging, natural death and the compression of morbidity. New England Journal of Medicine, 303:130-5.

García-Peña, C. & González-González, C. (2012). La enfermedad crónica y los costos de la salud al envejecer. En, L.M. Gutiérrez & D. Kershenobich (coords.), *Envejecimiento y salud: una propuesta para un plan de acción* (pp. 205-214). México: Academia Nacional de Medicina de México/Academia Nacional de Cirugía A.C./ Instituto de Geriatría/Universidad Nacional Autónoma de México.

González-González, C., Samper-Ternent, R., Wong, R. & Palloni, A. (2014). Mortality inequality among older adults in Mexico: the combined role of infectious and chronic disease. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 35(2): 89-95.

Gómez, H, García, M.C., Sánchez, S., Rosas O., Campuzano, C., & Lozano, R. (2014). Escenario de la dependencia en México. En, L.M. Gutiérrez, M.C. García & J.E. Jiménez (eds.), *Envejecimiento y Dependencia. Realidades y previsión para los próximos años. Documento de Postura.* (pp. 63-89). México: Academia Nacional de Medicina/CONACyT.

Ham, R. (2003). *El envejecimiento en México: El siguiente reto de la transición demográfica*. México: El Colegio de La Frontera Norte.

Horiuchi Shiro, Nadine Ouellette, Siu Lan K. Cheung and Jean-Marie Robine (2012). Modal age at death: Life span indicator in the era of longevity extension. Paper presented at the International Conference on Determinants of Unusual and Differential Longevity. Vienna, 21-23 November 2012

INEGI/SS. Cubo de defunciones 1979-2013. (s.f.). Extraído el 20 de Febrero de 2015 http://pda.salud.gob.mx/cubos/

Kannisto, Väinö (2000) "Measuring the Compression of Mortality". *Demographic Research* Volume 3/article 6/

Lozano R., Gómez-Dantés H., Pelcastre B., Ruelas M.G., Montañez J.C., Campuzano J.C., et al. (2014). *Carga de la enfermedad en México, 1990-2010. Nuevos resultados y desafíos*. Cuernavaca: INSP/SS.

Lozano-Ascencio R., Frenk-Mora J., González-Block M.A. (1994). *El peso de la enfermedad en adultos mayores*. Salud Publica Mex, 38:419-429.

Organización Mundial de la Salud. (2004). *Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª Revisión, Segunda Edición (CIE-10).* Ginebra: Autor.

Prince, M.J., Wu, F., Guo, Y., Gutiérrez-Robledo, L.M., O'Donnell, M., Sullivan, R., et al. (2015). *The burden of disease in older people and implications for health policy and practice*. Lancet, 385(9967):549-62.

SINAIS/SINAVE/DGE/SALUD. (2011). *Perfil epidemiológico del adulto mayor en México 2010*. México: Secretaría de Salud. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. Dirección General de Epidemiología.

VI

CUIDADOS DE LARGO PLAZO

Mariana LÓPEZ-ORTEGA
Roberto HAM-CHANDE

INTRODUCCIÓN

Con la finalidad de dar a conocer las condiciones de la carga de los cuidados de largo plazo, en este capítulo se presentan los resultados de un estudio que investiga estas condiciones utilizando una encuesta con representatividad nacional. Los resultados obtenidos dan cuenta de lo ya observado en otros estudios, en el sentido de que los hogares participan de manera significativa en el apoyo y cuidado de las personas mayores que lo necesitan y que dentro de los hogares son las mujeres quienes realizar entre 60% y 80% de todos los cuidados. Cada caso depende de diversas condiciones del hogar y de la actividad específica que se realiza como apoyo y atención, pero es decisiva la participación de las mujeres con la mayor parte de la carga de estos cuidados.

Por otra parte, el estudio mostró cómo son los adultos jóvenes, especialmente aquellos de 30 a 59 años de edad, en los que recae la mayor carga de apoyo y atención a las personas mayores que requirieron de apoyo. Destaca la alta proporción de quienes se encuentren también cuidando y manteniendo a sus propios hijos, enfrentando así la doble carga en la responsabilidad de los cuidados. Asimismo, es significativa la participación de las mismas personas mayores apoyando y cuidando a otras personas mayores, ya sea porque son más mayores o porque han caído en estado de dependencia. En este último caso una gran parte se refiere al cuidado entre parejas y crecientemente, de personas mayores cuyos padres aún sobreviven, de hermanos o de otras personas cercanas por parentesco o afinidad que son de edad semejante.

ENVEJECIMIENTO Y CUIDADOS INFORMALES DE LARGO PLAZO

Los cuidados de largo plazo se refieren a la ayuda y apoyo particularmente concentrados en la población envejecida en razón de dependencia por limitaciones físicas o mentales. La transición demográfica y el envejecimiento de la población que ésta implica se dieron paralelamente con cambios sociales y económicos fundamentales, puesto que al tiempo que se incrementa la

esperanza de vida y la población envejece, las demandas por apoyo financiero, atención a la salud y cuidados personales también aumentan. Si bien hoy en día un gran número de la población de 60 y más, que denominaremos como “adultos mayores”, vive de forma independiente, están también aquellos para quienes el envejecimiento ocurre bajo creciente fragilidad física y mental con pérdida de independencia, incrementando la necesidad de apoyo y agregando cargas sobre recursos que en mayor parte son exiguos. Esto último ocurre mayormente en la población más envejecida.

Los cuidados se proveen ya sea de manera formal por profesionales y auxiliares de la salud, incluyendo médicos, trabajadores sociales, rehabilitadores; o de manera informal por familiares, amigos, vecinos o voluntarios que no son remunerados. La principal diferencia entre los dos tipos de cuidados recae en la capacitación o profesionalización de las personas que realizan estas actividades, además del pago por estos servicios. La provisión de cuidados informales por hijos adultos es la forma más común de atención para adultos mayores y puede actuar como sustituto o complemento a los cuidados formales. Ante el actual perfil epidemiológico de la población, al tiempo que crece la población de 60 años y más, y particularmente los mayores de 80 años que es el grupo de mayor crecimiento demográfico, se requiere un mayor número de servicios de salud y cuidados personales. El proceso de envejecimiento empieza a generar, además, nuevos grupos de cuidadores con edades de 60 y más hay que cuantificar y evaluar para generar estrategias de apoyo y que basados en proyecciones por cohortes sean dinámicas en el tiempo.

En cuanto a la oferta de cuidados, estudios en distintos países estiman que entre 85% y 90% de todas las necesidades de atención a la salud se proveen de manera informal y que esto sucede incluso en países que cuentan con un sistema de bienestar bien establecido o con programas institucionales de cuidados de largo plazo (Grunfeld *et al*., 2004; La Parra, 2001; Hellstrom y Hallberg, 2004). Los cuidadores informales son en su mayoría familiares, amigos o vecinos. Los cuidados a la salud en la vejez en mucho son la única posibilidad por los altos costos de los servicios profesionales a lo cual se agrega la carencia de estos en los países no desarrollados. De esta manera los hogares representan ahorros significativos para los servicios sociales y de salud y pueden verse como un complemento a los servicios formales (van Houten y Norton, 2004). Los estudios también han enfatizado la importancia de los efectos indirectos de los cuidados informales como los costos de oportunidad incurridos por el cuidador, el ingreso perdido debido

al abandono o reducción en las horas de trabajo, e incluso el impacto negativo en los cuidadores debido a la carga y estrés relacionados con las actividades del cuidado.

Al proceso de envejecimiento y las trasformaciones sociales y económicas deben agregarse los cambios en la estructura familiar que anuncian un futuro de menor disponibilidad de familiares y otras personas cercanas para proporcionar atención a adultos mayores que requieran ayuda o cuidados. Ante este panorama, es indispensable prever la dinámica esperada en las necesidades en materia de salud y cuidados personales de la población envejecida en relación con la dinámica de los hogares respecto a la composición de sus miembros, las actividades que realizan y su potencial aportación al cuidado de familiares envejecidos. No obstante la importancia del tema, es escasa su consideración en los estudios sobre la familia y los ciclos de vida, que también son poco considerados como elementos del sistema de salud. El presente capítulo muestra algunas características de los cuidados informales brindados a los adultos mayores emanadas de la Encuesta Nacional de Uso del Tiempo 2009. De manera específica se buscó establecer si existen diferencias por sexo y características socioeconómicas en la provisión de las distintas actividades de cuidado y apoyo a los adultos mayores y el tiempo dedicado a estas tareas.

ENVEJECIMIENTO Y DEPENDENCIA

El panorama futuro de la dependencia y la necesidad de apoyo aumenta la preocupación ante los perfiles de multi-morbilidad e incapacidad esperados bajo las condiciones actuales y tendencias de la población adulta. Esto es especialmente apremiante cuando se trata de factores como obesidad y diabetes. Si a esto se aúna las desventajas económicas y sociales que existen debidas a mala calidad educativa, el empleo precario, la baja cobertura de la seguridad social, el cada vez más limitado sistema público de salud que lo lleva al declive, además de otras condiciones cambiantes, se esperan escenarios con cargas imposibles de sostener. Estas circunstancias cobrarán especial relevancia en las siguientes décadas ante el inevitable y sustantivo envejecimiento de la población, que afectará decisivamente la creciente demanda por bienes y servicios. A la vez habrá menor disponibilidad de recursos humanos que los provean, en gran parte ante la desfavorable composición y dinámica de los hogares, además de otros factores. En

consecuencia, la disponibilidad de cuidados de largo plazo para atender a necesidades específicas del envejecimiento entrará en crisis.

Actualmente, la gran mayoría de los adultos mayores son independientes y altamente funcionales. Sin embargo, el pronunciado envejecimiento poblacional en gran parte del mundo ocasiona un crecimiento acelerado de los más viejos, los de 80 años y más, quienes requieren de mayor apoyo y cuidados, ya que la alta prevalencia e incidencia de enfermedades crónicas y sus consecuencias que acompañan las edades extremas generan dificultad para realizar las actividades de la vida cotidiana.

El Censo de 2010 estima que 5.1% de la población total tiene alguna dificultad permanente para realizar actividades diarias o tiene deficiencias sensoriales. Asimismo, más de 2 millones de personas de 60 años y más indican dificultades derivadas de una limitación funcional o sensorial, lo que es 26% del total de este grupo de edad. En cuanto al tipo de limitaciones reportadas con mayor frecuencia se encuentran la limitación para caminar y/o moverse con prevalencias entre 63.2% en el grupo de 60 a 64 años y 73.6% en el grupo de 85 años y más. Le siguen la dificultad para escuchar correctamente, aun utilizando aparato auditivo con cifras entre 8.8% (60-64 años) y 24.9% (85 años y más), y para atender el cuidado personal que oscila entre 3.2% en el grupo de 60 a 64 años y 12.3% en el de 85 años y más (López Ortega y Jiménez Bolón 2014).

Otro aspecto fundamental a considerar es el deterioro cognitivo. Utilizando la Encuesta Nacional sobre Envejecimiento y Salud 2001, Mejía y Gutiérrez Robledo (2011) encontraron prevalencias de demencia de 6.1%, y de deterioro cognitivo sin demencia de 28.7% en adultos mexicanos de 60 años y más. Estas estimaciones son consistentes con los resultados del estudio del Grupo de Investigación en Demencia 10/66, un grupo internacional de investigadores en envejecimiento, demencia y otras enfermedades crónicas en países de ingreso bajo y medio, incluyendo México (www.alz.co.uk/1066). Los primeros resultados del estudio 10/66 en Mencontraron una prevalencia de demencia en el ámbito urbano (área metropolitana de la Ciudad de México) de 7.4% y de 7.3% en el ámbito rural (Estado de Morelos) (Llibre Rodríguez et al. 2014).

Los servicios públicos sociales y de salud para la vejez son todavía escasos, de alcance limitados y a cargo de distintos organismos. En materia de salud, los adultos mayores buscan servicios como el resto de los grupos de población, ya sea a través de las instituciones de

seguridad social, los servicios de las secretarías de salud, la federal y las estatales, el Seguro Popular y el sector privado, dependiendo de derechohabiencia y posibilidades personales o familiares. La Organización Mundial para la Salud define a los cuidados de largo plazo como aquellas actividades y servicios que se proveen de manera formal o informal, a aquellas personas, de cualquier grupo de edad, que debido a problemas de salud o limitaciones no pueden cuidarse por sí mismos en el largo plazo (WHO 2000). Considerando esta definición, es claro que en México estos servicios en gran medida se realizan en el ámbito del hogar, ya que los servicios formales, especialmente públicos, son escasos y no siempre efectivos. En el medio social y cultural de México los cuidadores informales en su mayoría son mujeres, tradicionalmente encargadas de infantes, niños y adolescentes, de cuidados a la salud en el hogar, a los que ahora se agregan discapacidad o limitaciones permanentes de familiares envejecidos (López Ortega y Jiménez Bolón 2014).

Una de los consecuencias ha sido la transformación de los arreglos domiciliares y los cuidados informales como una estrategia fundamental de apoyo para los adultos mayores, incluyendo mejorar y mantener la salud. Adicionalmente, las personas mayores que cuentan con apoyos informales tienen una mayor participación social. Por otra parte, especialmente en países en vía de desarrollo, los adultos mayores con capacidades funcionales felizmente actúan en la dirección contraria y son un pilar importante de cuidado a otras generaciones, en particular hacia los nietos (Montes de Oca Zavala 1999, Robles Silva 2008). Se insiste en que el sistema de salud no toma en cuenta al papel fundamental de los hogares como fuente de cuidados a la salud, cuando en otras partes este tipo de cuidados son públicamente apoyados.

En cuanto a los estudios sobre cuidados, en México éstos son escasos y en gran medida se basan en muestras pequeñas de población (Hernández Tezoquipa *et al*. 2001; Robles Silva, 2005, 2001). Montes de Oca (1999) da cuenta de la fuerte presencia femenina entre las personas que brindan apoyo y cuidados a las personas de 60 años y más, representando 52.1% del total de los casos, de acuerdo con datos de la Encuesta Nacional Sociodemográfica del Envejecimiento ENSE-94. Dentro de este grupo, las cuidadoras fueron mayormente las hijas (52%) y esposas (19.7%). Adicionalmente, encontró que el grupo de edad de mayor participación en los cuidados es el de 35 a 59 años que están casados o en unión libre, lo que identifica las edades plausibles de la “generación sándwich”, término que se refiere a los adultos que tienen hijos dependientes de ellos y cuyos padres simultaneamente dependen de ellos. En el contexto de los cuidados, así se

describe a aquellas personas, generalmente mujeres, que se encuentran ante la múltiple responsabilidad y demanda de la crianza y manutención de los hijos, además del cuidado de los padres (Pierret, 2006).

APLICACIÓN DE LA ENCUESTA NACIONAL DE USO DEL TIEMPO 2009

A continuación se presenta un análisis cuantitativo sobre los cuidados y apoyo para las personas de 60 años y más, utilizando la Encuesta Nacional sobre Uso del Tiempo, ENUT 2009. El objetivo de la ENUT es obtener información sobre la participación y el tiempo que le dedican a una gran diversidad de actividades, domésticas y extra domésticas, los hombres y mujeres de 12 años y más en el país (INEGI, 2012). La ENUT 2009, incorporó, como parte de su contenido sobre actividades, diversos bloques para captar las actividades de cuidados a integrantes del hogar que requieren apoyo por distintas razones como apoyo y cuidado de niños y niñas, personas enfermas o discapacitadas.

En la realización de este estudio se utilizan dos secciones de la encuesta. Una primera sección capta servicios no remunerados de cuidado y apoyo para miembros del hogar y permite identificar el número de integrantes del hogar que necesitan apoyo y el tiempo dedicado a atenderlos[4]. Sobre esta sección, se identificaron aquellas personas de 60 años y más que requieren apoyo y se calculó el tiempo que el resto de los integrantes de 12 años de su hogar dedicaron para cuidarlos y apoyarlos en las siguientes actividades: a) darles de comer; b) cuidados personales: bañar, asear, vestir, arreglarla; c) cuidados a la salud: administrar medicamentos, monitorear síntomas; d) llevarlos o acompañarlos a recibir atención médica; e) darles terapia especial o ayudar a realizar ejercicios; y f) estar al pendiente mientras el cuidador realiza otras actividades. La otra sección permite explorar si en los hogares en los que hay adultos mayores, el resto de los integrantes los apoyan en dos actividades específicas: a) llevarlos o acompañarlos a recibir atención médica, y b) estar pendientes de ellos mientras el integrante hacía otra cosa. Para cada tipo de actividad en ambas secciones se identificó el tiempo dedicado de manera individual y separando las horas y minutos dedicados de lunes a viernes y de sábado a

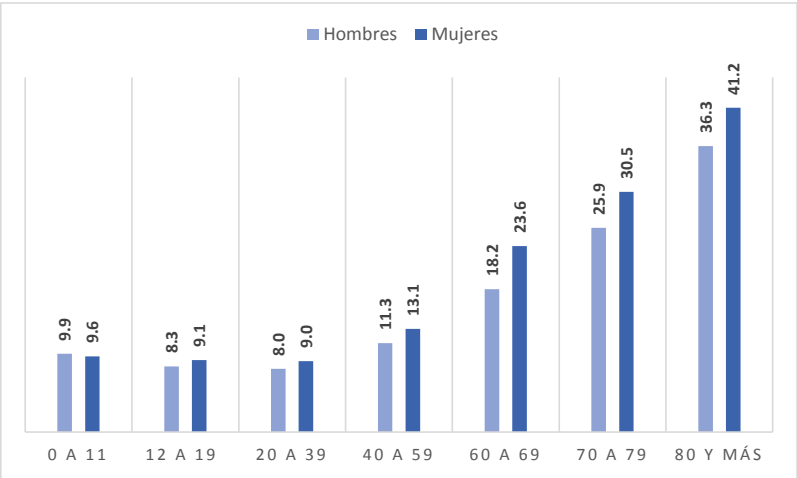
[4] La identificación de personas que necesitan de apoyo se hace mediante la identificación de la persona entrevistada de personas que necesitan de apoyo y cuidados constantes por estar enfermos temporalmente; tener alguna enfermedad crónica que requiere cuidado especial o continuo; o tener alguna limitación física o mental por la cual requiere de cuidado especial o continuo.

domingo. Se calculó el promedio de horas que hombres y mujeres dedicaron a realizar estas actividades considerando edades y escolaridad.

POBLACIÓN DE 60 Y MÁS CON REQUERIMIENTOS DE APOYO

En cuanto a la identificación de personas que requieren de apoyo, al utilizar los factores de expansión de la muestra se estima 12 millones 800 mil personas de todas las edades que requirieron apoyo por enfermedad en la semana anterior a la encuesta, que necesitaron apoyo constante por tener enfermedades crónicas, o por tener alguna limitación física o mental que requieren cuidado especial y continuo. Esta cifra es 11.03% de la población total. Como se muestra en la Gráfica 1, al dividir por grupo de edad a la población que requirieron apoyo, se encuentra que el peso en cuanto a necesidades de apoyo es similar en los tres primeros grupos de edad correspondientes a niños (0 a 11 años), adolescentes (12 a 19 años) y adultos jóvenes (20 a 29 años) con 9.8%, 8.7% y 8.5% del total de las necesidades de cuidado, respectivamente y se incrementa conforme avanza la edad. Entre los grupos de adultos mayores la mayor necesidad se observa para el grupo de 80 años y más con porcentajes de 36.3% para hombres y 41.2% para mujeres. El análisis de diferencia de medias entre los grupos muestra que existe una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos [p=0.000] (Gráfica 1).

Gráfica 1. Porcentaje de personas que necesitan apoyo por grupo de edad y sexo. México, ENUT 2009



Fuente: Elaboración propia con base en la ENUT 2009

La gráfica 1 muestra que con excepción del grupo de edad de 0 a 11 años, las mujeres requieren apoyo en mayor porcentaje, de tal manera que las diferencias entre hombres y mujeres son significativas. Adicionalmente, tanto para hombres como para mujeres, al avanzar la edad, las necesidades de apoyo se incrementan. Al desglosar las necesidades de cuidado entre las cohortes de nacimiento más envejecidas, se ve claramente como las mujeres requieren de mayor apoyo que los hombres en todos los subgrupos de edad y es más notorio a partir de 60 años de edad.

Las actividades de apoyo sobre las cuales se pregunta si se dio apoyo se presentan en el cuadro 1 y son: a) darles de comer; b) cuidados personales: bañar, asear, vestir, arreglarla; c) cuidados a la salud: administrar medicamentos, monitorear síntomas; d) llevarlos o acompañarlos a recibir atención médica; e) darles terapia especial o ayudar a realizar ejercicios; y f) estar al pendiente mientras el cuidador realiza otras actividades. La expansión de la muestra estima 11 millones 264 mil adultos de 60 años y más, que son lo que nacieron antes de 1950. De ellos 2 millones 871 mil necesitan apoyo, los que son 25.7% del total.

CUIDADORES EN EL HOGAR

El cuadro 1 presenta el cálculo del total de tiempo dedicado a actividades de apoyo y cuidado de personas de 60 años y más. El total de horas reportadas por los integrantes del hogar de 12 años y más que dedicaron tiempo a apoyar y cuidar adultos de estas cohortes en el periodo de referencia fue 2 millones126 mil horas. De este total, 1 millón710 mil (80.5%) fueron realizadas por mujeres. Se observa una diferencia importante en el tiempo dedicado por actividad siendo el estar pendiente de la persona y el realizar cuidados generales a la salud, las dos actividades que demandan mayor atención. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas por sexo, tanto en el total de personas que reportan realizar actividades, como en el número de horas reportadas.

Cuadro 1. Número de personas y tiempo dedicado a brindar cuidados, por tipo de actividad realizada y sexo de la persona que apoya. México, ENUT 2009.

	MUJERES				HOMBRES			
	total personas	Promedio horas/ semana	total horas	% del tiempo total dedicado a esta actividad	total personas	Promedio horas/ semana	total horas	% del tiempo total dedicado a esta actividad
Dar de comer	29,740	2.9	87,703	58.7	14,233	4.3	61,802	41.3
Cuidados personales	16,259	5.8	94,162	58.0	5,715	12.0	68,313	42.0
Cuidados a la salud*	48,260	3.8	182,457	62.6	27,625	3.9	108,954	37.4
Llevar/acompañar al medico	12,694	1.5	18,801	29.6	16,118	2.8	44,701	70.4
Dar terapia especial	1,975	21.0	41,475	97.1	1,064	1.2	1,241	2.9
Estar pendiente	53,320	24.1	1,285,810	90.8	19,170	6.8	130,296	9.2
TOTAL**			1,710,408	80.5			415,307	19.5

Fuente: Elaboración propia con base en la ENUT 2009. *Administración de medicamentos, monitoreo, estar al pendiente de sus síntomas. ** Las actividades no son excluyentes, y una misma persona puede recibir varios.

Con excepción de llevar o acompañar al adulto mayor al médico, en las mujeres recae la mayor carga de cuidados al realizar entre 60% y 97% del porcentaje total de tiempo dedicado a las distintas tareas de los cuidados. Destaca el dar terapia especial y estar pendiente de los adultos mayores donde las mujeres dedican más del 90% del tiempo total dedicado a estas actividades.

Lo anterior es significativo si se toma en consideración el resto de actividades que realiza gran número de mujeres como las tareas de trabajo doméstico, así como su creciente participación en actividades productivas fuera del hogar como la educación formal y el empleo, lo que significa doble o triple carga de trabajo sobre ellas. Es interesante no obstante notar que si bien el número de hombres que reportaron dedicar tiempo a estas actividades es significativamente menor al número de mujeres, aquellos hombres que se involucran en estas actividades dedican un número de horas importante a realizarlas, cobrando especial relevancia actividades como dar de comer y realizar cuidados personales para las personas que nacieron en las cohortes de 1950 o previas como las actividades que más requieren de apoyo.

APOYO Y CUIDADOS A INTEGRANTES DEL HOGAR DE 60 Y MÁS

En cuanto a los resultados del análisis del segundo bloque de la encuesta, al aplicar el factor de expansión de la muestra, se encontró un estimado de 2 millones 369 mil personas de 12 años y más que dedican tiempo a dos actividades específicas de apoyo a otros integrantes del hogar pertenecientes a las cohortes envejecidas: a. llevar, acompañar, o recoger a la persona para recibir atención médica, y b. estar pendiente del adulto mayor mientras el encuestado hacía otra cosa. La mayoría de estos cuidadores son mujeres con 59% del total (1 285 189). El total de horas que mujeres y hombres declararon haber dedicado al cuidado de un adulto mayor, en el periodo de referencia fue de 35 963 095, de las cuales, las mujeres dedican el 75% de tiempo a estos cuidados con un total de 23 471 696 horas. El promedio de horas dedicadas a estas actividades de apoyo a adultos mayores en el hogar fue de 17 horas semanales, siendo el promedio entre las mujeres mayor que el de los hombres con 18.8 horas y 14.2 horas, respectivamente.

En cuanto al tiempo dedicado a realizar estas dos actividades, tanto hombres como mujeres dedican en promedio el mismo tiempo a llevar y/o acompañar a adultos de 60 años y más al médico con 3.7 horas promedio por semana. Por su parte, el tiempo reportado por mujeres y hombres en estar pendiente del adulto mayor es más para las mujeres que para los hombres, con 20.0 horas (desviación estándar=22.4) para ellas y 15.6 horas (desviación estándar=15.6) para ellos dedicadas por semana.

No se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre hombres y mujeres en llevar y/o acompañar a un adulto mayor al médico, pero si hay una diferencia significativa en estar al pendiente de ellos. De manera similar, al analizar al tiempo dedicado a estas actividades no se encontraron diferencias estadísticamente significativas por sexo en el tiempo dedicado a llevar y/o acompañar al adulto mayor al médico, mientras que sí se encontraron diferencias significativas por sexo en el tiempo dedicado a estar pendiente de ellos.

En el cuadro 2 se muestra la forma en que se distribuye el tiempo dedicado a estas dos actividades, por grupo de edad de la persona que provee dichos cuidados. Comparando las edades de los cuidadores se observa una mayor carga de cuidados en las edades de 30 a 59 en el caso de llevar o acompañar al adulto mayor al médico, y en las edades de 30 a 69 en la tarea de

estar pendiente de ellos. Destaca la participación de adolescentes en estar al pendiente de algún adulto mayor en su hogar, así como la importante participación de los mismos adultos mayores en desempeñar estas tareas. Si se toman los tres últimos grupos de edad en conjunto, se tiene que los adultos mayores realizan el 23.7% del apoyo para llevar al adulto mayor al médico y el 29% del total para estar pendiente de ellos. Mientras que en el primer caso es muy probable que se trate de los nietos de los adultos mayores, en el segundo caso, aunado a la pareja del adulto mayor, generalmente son sus hijos adultos mayores, nueras y yernos quienes también realizan una parte importante de estos cuidados.

Cuadro 2. Número de personas, total y porcentaje del tiempo dedicado a brindar cuidados, por grupo de edad de la persona que brinda apoyo. México, ENUT 2009.

	Llevar o acompañar al AM al medico			**Estar pendiente del AM**		
Grupo de edad	n	Total de horas dedicadas	% del total de tiempo dedicado	n	Total de horas dedicadas	% del total de tiempo dedicado
12-19	21,094	54,876	3.3	24,8709	4,506,383	12.8
20-29	56,928	261,825	16.0	31,5843	4,887,096	13.9
30-39	69,710	333,574	20.4	40,1676	5,848,061	16.6
40-49	75,106	282,411	17.2	28,1434	5,167,035	14.7
50-59	75,193	316,764	19.3	21,7371	4,498,204	12.8
60-69	81,512	216,452	13.2	27,1885	5,591,217	15.9
70-79	49,092	133,092	8.1	14,9865	3,604,694	10.2
80 y más	12,641	39,180	2.4	40,759	1,095,641	3.1
Total		1,638,172			35,198,331	

Fuente: Elaboración propia con base en la ENUT 2009

Debido al interés de investigar si existen diferencias al realizar estas actividades por condición socioeconómica, se analizó por nivel educativo el total y el porcentaje de tiempo dedicado tanto a llevar o acompañar al adulto mayor al médico como estar pendiente de éste. Primero, con referencia a llevar, acompañar o recoger a algún integrante del hogar adulto mayor para recibir atención médica, los resultados muestran cómo mientras para los hombres la carga de cuidados se observa en los niveles bajo y medio de educación formal, es decir, en las categorías de primaria completa y secundaria completa comparado con aquellos que tienen mayor educación y aquellos sin educación formal. Para las mujeres, son aquellas con educación

primaria y preparatoria, técnica o profesional las que acumulan la mayor carga de estas actividades.

En cuanto al total de personas que realizan estas actividades para cada nivel de escolaridad, los resultados muestran un número mayor de mujeres con primaria y preparatoria y profesional que hombres realizando estas actividades, mientras que entre aquellos sin educación formal, se observa prácticamente el mismo número de mujeres y hombres que reportan dedicar tiempo a esta actividad (Cuadro 3).

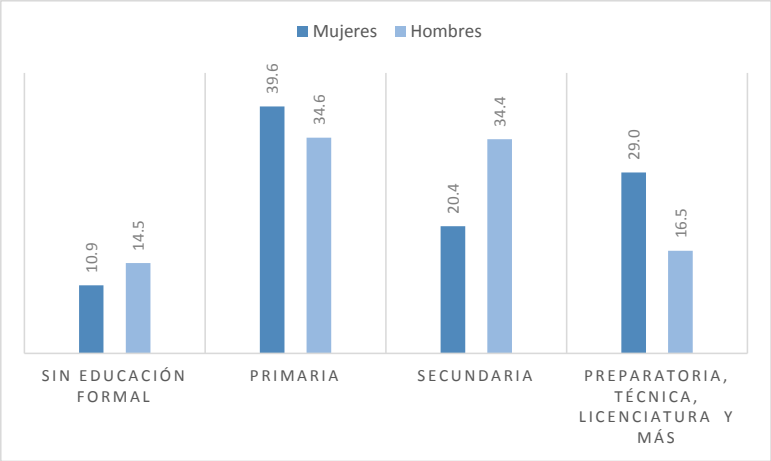
Cuadro 3. Total de personas y promedio de horas semanales dedicadas a llevar/acompañar a algún adulto mayor del hogar a recibir atención médica, por nivel de escolaridad y sexo de quien apoya. México, ENUT 2009.

	Total	**Mujeres**			**Hombres**		
Escolaridad		n	Media	D.E.	n	Media	D.E.
Sin Educación Formal	54,920	27,814	6.8	9.7	27,106	3.6	2.7
Primaria	16,550	100,862	3.3	2.6	64,688	4.5	6.8
Secundaria	116,151	51,953	2.5	1.8	64,198	3.5	3.1
Preparatoria, Técnica, Licenciatura y más	104,655	73,896	4.1	5.4	30,759	2.4	1.6

Fuente: Elaboración propia con base la ENUT 2009. D.E. Desviación estándar

La gráfica 2 muestra cómo en las mujeres la mayor carga de estas actividades recae en aquellos integrantes del hogar con primaria con casi 40% del total y aquellas que completaron la preparatoria o algún nivel superior de educación con 29% del total, mientras que en los hombres se concentra en aquellos con primaria o secundaria completa con alrededor de 34% del total en cada nivel.

Gráfica 2. Porcentaje del total de tiempo dedicado a llevar/acompañar a algún adulto mayor del hogar al médico, por nivel de escolaridad y sexo de quien apoya. México, ENUT 2009.



Fuente: Elaboración propia con base en la ENUT 2009

Finalmente, el análisis del total de personas y tiempo total dedicado a estar pendiente de un integrante del hogar de 60 años y más muestra un patrón similar entre hombres y mujeres en el que a medida que incrementa el nivel de escolaridad, aumenta el número total de personas que reportan dedicar tiempo a esta actividad, con excepción del último grado de escolaridad en que estos números presentan un ligero descenso. Como se observa en el cuadro 4, el tiempo que reportan los integrantes del hogar a esta actividad es muy similar entre todos los niveles de escolaridad, tanto en mujeres como en hombres, con un rango entre 18.6 y 21.5 horas semanales para las mujeres y de 14.3 a 17.0 para los hombres.

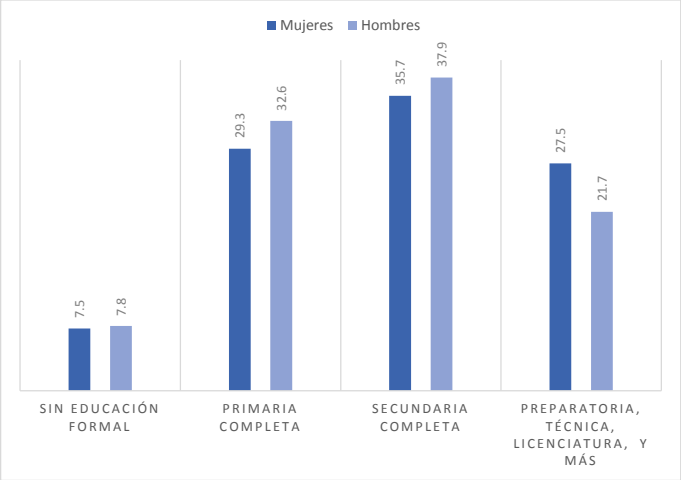
Cuadro 4 Total de personas y promedio de horas semanal dedicado a estar pendiente de un adulto mayor en el hogar, por nivel de escolaridad y sexo de quien apoya. México, ENUT 2009.

	Total	**Mujeres**			**Hombres**		
Escolaridad		n	Media	DE	n	Media	DE
Sin Educación Formal	147,490	87,368	21.2	22.8	60,122	14.3	13.8
Primaria completa	590,181	339,599	21.5	24.4	250,582	17.0	19.9
Secundaria completa	704,608	413,876	18.6	21.8	290,732	15.3	18.6
Preparatoria, Técnica, Licenciatura, y más	485,263	319,088	20.0	20.6	166,175	14.7	17.1

Fuente: Elaboración propia con base la ENUT 2009. D.E. Desviación estándar

Como se observa en la gráfica 3, respecto al porcentaje con el que cada nivel educativo participa en el total de este apoyo, 70% aproximadamente de los cuidados se concentran en integrantes del hogar con primaria y secundaria completa tanto para mujeres como para hombres. Adicionalmente, es evidente la carga importante que recae en aquellos con estudios técnicos/profesionales con 27.5% y 21.7% para mujeres y hombres respectivamente.

Gráfica 3. Total de personas y promedio de horas semanal dedicado a estar pendiente de un adulto mayor en el hogar, por nivel de escolaridad y sexo de quien apoya. México, ENUT 2009.



Fuente: Elaboración propia, con base en el análisis de la ENUT 2009

EL FUTURO DE LOS CUIDADOS

Es evidente que en un contexto de rápido envejecimiento de la población y los cambios sociales asociados por los cuales transita el país presentan un reto adicional a los cuidados de largo plazo, y en particular a los cuidados informales, ante la disminución de cuidadores reales y potenciales en el futuro cercano. Si bien la mayoría de los adultos mayores viven en hogares con su pareja, hijos, e incluso hogares extendidos en el que conviven múltiples generaciones, importantes cambios en las décadas pasadas como la reducción en las tasas de fertilidad, migración urbano-rural e internacional, la creciente participación femenina en el mercado laboral y la educación formal, entre otros, han ocasionado a su vez cambios en el tamaño y composición de los hogares que implican retos en la disponibilidad de cuidadores en el hogar en el futuro. Sin embargo, aun cuando la mayor carga del apoyo y cuidados a los adultos mayores se realiza en

sus hogares, la mayoría de los estudios del sistema de salud no toman en cuenta este pilar fundamental de la provisión de servicios personales y de salud.

Gracias al trabajo de varias instituciones, particularmente del Instituto Nacional para las Mujeres (INMUJERES) y el Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI), se empiezan a incluir en algunos estudios y encuestas nacionales, datos que permiten calcular la carga de cuidados y la corresponsabilidad social sobre los mismos, así como realizar estimaciones sobre los costos del trabajo doméstico y el trabajo no-remunerado en el país y lo que representan. Por ejemplo, las Cuentas Satélite del Sector Salud 2010, generadas como parte del Sistema de Cuentas Nacionales en Salud (INEGI, 2011), muestran que 19% del total los servicios del Sector Interno de Salud fueron servicios de salud no-remunerados, mientras que el sector público y el sector privado representaron 36.6% y 44.4% respectivamente. Adicionalmente, del total de los bienes y servicios producidos por el sistema de salud, este 19% de trabajo no-remunerado es casi equivalente al total de servicios hospitalarios con 20% del total, y representa prácticamente dos tercios del total de los servicios ambulatorios (28.1%) y más del doble de lo que se gasta en bienes para la salud (9.1%). Aunque los datos anteriores se refieren a los servicios para el total de la población en el país, a medida que la población envejece es muy probable que de manera creciente el total de este trabajo no remunerado se provea para personas adultas mayores. De igual manera, los resultados de este estudio, utilizando la ENUT, presentan una idea de la significativa carga que representan los cuidados a los adultos de 60 años y más con respecto al resto de la población.

Aun cuando el envejecimiento y las necesidades de atención asociadas ya son un tema de interés en las políticas federales y estatales en el país, los cuidados de largo plazo todavía no se reconocen como una prioridad. Esto se refleja en la inexistencia de un marco legal integral que incorpore a todas las instituciones, públicas y privadas que provean de servicios a los adultos mayores en el país, en la ausencia de un sistema para la regulación, vigilancia y, en caso necesario, sanción de estas instituciones. Asimismo, el cuidado y apoyo que se realiza en los hogares y que representa gran parte del total de la atención que necesitan, poco se reconoce por parte de las instituciones públicas, situación que debe cambiar a la brevedad. En este sentido, no sólo es necesario conocer y reconocer el tipo de actividades que se realizan y la intensidad de las mismas, sino también la generación de estrategias de apoyo a estos cuidadores en el hogar tanto

para cuidados crónicos como paliativos, como en la oferta de cuidados formales o institucionales para los casos extremos en que éstos sean necesarios (López Ortega, 2014).

En resumen, existe una necesidad apremiante por diseñar e implementar servicios comunitarios de atención en cuidados de largo plazo y en especial la atención domiciliaria, así como contar con un registro nacional obligatorio de instituciones de cuidados de largo plazo, de un sistema de normas mínimas básicas, así como un sistema de seguimiento y evaluación de las mismas, que permita establecer y mantener estándares de calidad en la atención y el bienestar de los adultos mayores, así como sanciones en caso necesario (López Ortega y Jiménez Bolón 2014).

BIBLIOGRAFÍA

Grunfeld, E, T Whelan, J Clinch, L Reyno, C Earle, R Willan, M Coristine, T Janz, and R.Glossop. (2004). Family caregiver burden: results of a longitudinal study of breast cancer patients and their principal caregivers. *Canadian Medical Association Journal*, 170(12): 1795-801.

Hellström, Y., Halberg, I.R. (2004). Determinants and characteristics of help provision for elderly people living at home in relation to quality of life. Nordic College of Caring Sciences. *Scand J Caring*; 18, 387-395.

Hernández Tezoquipa, I., Arenas Monreal, M.L., Valdez Santiago, R. (2001). El cuidado a la salud en el ámbito doméstico: interacción social y vida cotidiana. *Rev Saúde Pública*, 35(5):443-50 443.

INEGI (Instituto Nacional de Estadística y Geografía). (2012). Encuesta Nacional sobre Uso del Tiempo 2009: ENUT: metodología y tabulados básicos. Instituto Nacional de Estadística y Geografía, Instituto Nacional de las Mujeres. México.

INEGI (Instituto Nacional de Estadística y Geografía). (2011). Sistema de Cuentas Nacionales de México: Cuenta satélite del sector salud de México, 2008-2010 / Instituto Nacional de Estadística y Geografía. México.

La Parra, D. (2001). Contribución de las mujeres y los hogares más pobres a la producción de cuidados de salud informales. *Gaceta Sanitaria Panamericana*, 15(6): 498-505.

Llibre Rodriguez, J. J., Ferri, C. P., Acosta, D., Guerra, M., Huang, Y., Jacob, K. S., Krishnamoorthy, E. S., Salas, A., Sosa, A. L., Acosta, I. et. al. (2008). Prevalence of dementia in Latin America, India, and China: a population-based cross-sectional survey. *Lancet*, 372: 464–74

López Ortega, M. (2014) Cuidados de Largo Plazo. En: D'Hyver, C. y Gutiérrez Robledo, L.M. Editores. *Geriatría*, 3ª edición. México: El Manual Moderno, pp. 872-879.

López Ortega, M., y Jiménez Bolón J.E., (2014). Dependencia y Cuidados de Largo Plazo. En: Luis Miguel F. Gutiérrez Robledo et al. Editores. *Envejecimiento y Dependencia. Realidades y prevision para los próximos años*, primera edición. México, Academia Nacional de Medicina, pp. 29-62.

Mejía-Arango S., Gutiérrez LM. 2011. Prevalence and Incidence Rates of Dementia and Cognitive Impairment No Dementia in the Mexican Population. Data from the Mexican Health and Aging Study. *Journal of Aging and Health*, 23(7): 1050-1074

Montes de Oca, V. (1999). Diferencias de género en el sistema de apoyo a la población envejecida en México. *Papeles de Población,* 19: 149-172. Universidad Autónoma del Estado de México, Toluca, México.

Pierret, Charles R. (2006). The 'sandwich generation': women caring for parents and children. *Monthly Labor Review*, 129(9): 3-9.

Robles Silva L. (2008). The caregiving trajectory among poor and chronically ill people. *Quality Health Research*, 18: 358-68.

Robles Silva L. (2005). La relación cuidado y envejecimiento: Entre la sobrevivencia y la devaluación social. *Papeles de Población*, No. 45, pp. 49-69. Universidad Autónoma del Estado de México, Toluca, México.

Robles Silva, L. (2001). El fenómeno de las cuidadoras: un efecto invisible del envejecimiento. *Estudios Demográficos y Urbanos*, 48: 561-584. El Colegio de México, México.

van Houtven, H., Norton, E.C. (2004). Informal care and health care use of older adults. *Journal of Health Economics*, 23(6): 1159-80.

WHO (World Health Organization). (2000). Home-Based and Long-Term Care, Report of a WHO Study Group. WHO Technical Report Series 898. Geneva: World Health Organization.

VII

Aspectos socioeconómicos de la población envejecida

Isalia NAVA BOLAÑOS
Roberto HAM CHANDE

INTRODUCCIÓN

En este capítulo se analizan las principales características socioeconómicas de tres cohortes actualmente en edades avanzadas: c1911-1930, c1931-1940 y c1941-1950. La fuente de información que se utiliza es la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH) 2010. Los resultados muestran que una parte significativa carece de ingresos, esto es notorio sobre todo en la cohorte más joven y entre la población femenina. La mayoría de la población sólo tiene una fuente de ingresos, situación que es más frecuente en la cohorte de más edad. En general, el ingreso promedio en la vejez es bajo, sobre todo en la cohorte más antigua y entre las mujeres de localidades rurales. Los principales mecanismos de seguridad económica en la c1941-1950 provienen de la actividad económica y las transferencias, sin embargo, a medida que la edad avanza las transferencias se vuelven más significativas. En el análisis de éstas se encuentra que la cobertura de las pensiones y jubilaciones es escasa en las tres cohortes de estudio, sobre todo en las localidades rurales y la población femenina. El apoyo que se otorga a través de programas gubernamentales es importante en la vejez, y es primordial para la c1941-1950. Los apoyos provenientes de otros hogares a través de donativos y remesas son más notorios en la c1941-1950 y sobre todo en las mujeres. Estos resultados se vinculan con patrones educativos, sociales, económicos e institucionales por los cuales atravesaron las tres cohortes a lo largo de la vida. Es importante considerar que la población en edades avanzadas del futuro será distinta a estas cohortes, presentará mayores niveles educativos y menores probabilidades de acceder a una pensión.

TRAYECTO HISTÓRICO DE LAS COHORTES

Una cohorte es un grupo de personas que han experimentado un evento particular en un mismo periodo de tiempo. Las cohortes más comunes son las de nacimiento, aunque también existen

otros eventos, ejemplos de lo cual son cohortes de entrada al mercado laboral, al matrimonio, a la graduación universitaria, o a la jubilación. Una investigación pionera es el artículo “The Cohort as a Concept in the Study of Social Change” de Ryder, N. B. (1965), donde se estableció la utilidad del concepto en las ciencias sociales distintas a la demografía y reconoció la complejidad y alcance del análisis por cohortes. Ryder identifica dos aspectos relevantes. Primero, menciona que la variable cohorte puede aludir a las diferencias en la composición de la cohorte. Por ejemplo, las cohortes pueden ser diferentes entre sí en tamaño, esto adquiere relevancia en la medida en que influye en acceso al sistema educativo, oportunidades de trabajo, adquisición de vivienda. Además, pueden existir diferencias en la composición en relación con características generales, como el porcentaje de personas solteras, el número de hijos, el nivel de escolaridad. Asimismo, pueden prevalecer diferencias en relación con las variables ideológicas o de actitudes, como la preferencia política. Segundo, una cohorte puede ser vista como portadora de efectos en el largo plazo, producto de los eventos particulares experimentados. Algunas cohortes serán diferentes de otras porque han experimentado eventos distintos antes del primer momento de observación. Además, es importante tomar en cuenta que si bien es cierto que las cohortes pueden verse afectadas por los mismos eventos y tendencias, será a una edad diferente, por lo que el impacto perdurable será diferente. En el estudio del envejecimiento, es importante considerar el efecto diferencial por cohortes, ya que se trata de generaciones que experimentaron cambios importantes y rápidos en los patrones sociales, demográficos y económicos, que afectan las condiciones sociales y económicas de llegada a la vejez y la forma en que el proceso de envejecimiento acontece. Este capítulo se enfoca en las condiciones socioecónomicas en cohortes de población de 60 y más.

Entre la literatura que aborda los aspectos socioeconómicos en la vejez en México con un enfoque de cohortes se encuentra las investigaciones de Blanco (1994) y Ham (2003b). Ambos autores utilizan los censos generales de población y vivienda para identificar las condiciones socioecónomicas en las que se llega a la vejez y se transita en las edades avanzadas. También y con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 1997, se describe la trayectoria histórica a partir de variables demográficas, educativas y de la ocupación de la cohorte de personas que nacieron entre 1936 y 1938 y que en 1997 tenían entre 60 y 62 años de edad.

El objetivo de este documento es analizar por cohortes las principales características socioeconómicas de la población de 60 y más años de edad. En particular y por disponibilidad de información se construyen y estudian las siguientes tres cohortes decenales:

La población que nació entre 1911 y 1930 y que en el año 2010 tiene {80-99} años de edad (c1911-1930).

Las personas que nacieron entre 1931 y 1940 y que en 2010 alcanzaron entre {70 y 79} años (c1931-1940).

La generación nacida en el periodo 1941-1950 y que en 2010 se encuentra en el tramo de edades {60-69} (c1941-1950).

En el estudio del envejecimiento es importante tomar en cuenta la heterogeneidad que proviene por sexo y nivel de urbanización, por lo que el análisis distingue entre lo rural y lo urbano y entre mujeres y hombres. La fuente de información es la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH) 2010 que levanta el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Se presentas tres secciones. La primera sección revisa el trayecto histórico que caracterizó a cada cohorte, en particular se abordan aspectos relacionados con las condiciones educativas, socioeconómicas y de la seguridad social. En la segunda sección aparecen los aspectos metodológicos de la investigación. La tercera sección es sobre las características económicas que en 2010 tiene la población sobreviviente de las tres cohortes.

CONDICIONES EDUCATIVAS

En el análisis de la situación socioeconómica de la población en la vejez uno de los aspectos de mayor relevancia es el de la escolaridad. Blanco (1994) señala que entre las personas de edad mayor el alfabetismo, la educación formal y el adiestramiento aparecen como factores diferenciadores, que determina de manera importante la capacidad y desempeño económico. Asimismo, la suma de la formación en la familia, los conocimientos escolares y la capacitación en el trabajo y las experiencias de la vida, promueven oportunidades y atributos para el desempeño económico y las relaciones sociales, que son determinantes en las exigencias, responsabilidades y bienestar de la vida (Ham, 2003a:181). También, Naciones Unidas (2002) señala que la educación es un factor que influye en la situación socioeconómica de las personas y

en particular en la capacidad de la población en edades avanzadas para satisfacer sus necesidades básicas y mantener un nivel de vida equitativo. Sobre la misma vía, Burholt y Windle (2006) mencionan que es a través de la educación, que las personas adquieren conocimientos y habilidades, recursos a través de los cuales pueden enfrentar las posibles amenazas a su bienestar social. Los autores destacan la importancia de la educación como determinante de la ocupación y de los ingresos, pero también señalan la influencia que esta variable tiene en el acceso a los sistemas de pensiones, en la formación de ahorros y en la inversión financiera.

El cuadro 1 muestra la trayectoria histórica de las tres cohortes en relación con sus características educativas, identificando los periodos aproximados de tiempo en los cuales las cohortes debieron ingresar a la primaria, secundaria, preparatoria y universidad, bajo el supuesto de que siguieran todos esos ciclos escolares.

Cuadro 1. Periodos de ingreso al sistema educativo de las cohortes de estudio. México

Grupo de edad en 2000	Cohortes de nacimiento		Ingreso a la primaria		Ingreso a la secundaria		Ingreso a la preparatoria		Ingreso a la universidad	
60-69	1941	1950	1947	1956	1953	1962	1956	1965	1959	1968
70-79	1931	1940	1937	1946	1943	1952	1946	1955	1949	1958
80-99	1911	1930	1917	1936	1923	1942	1926	1945	1929	1948

Fuente: Elaboración propia.

La **c1911-1930** ingresó a las edades escolares de educación primaria en los años 1917-1936; es decir, en la postrimería de la lucha armada de la revolución mexicana y los inicios del apaciguamiento. El movimiento armado que inició en 1910 tuvo importantes implicaciones en el área de la educación. La incorporación de los maestros a las filas provocó el cierre de escuelas, otras veces los recintos escolares fueron tomados militarmente, y a ello se sumó el abandonó por parte de los niños. Algunos enfermaban, otros se unían al movimiento o cubrían el trabajo de los padres. Uno de los hitos más importantes en el sistema de educación en México se remonta a 1917 cuando se promulgó la nueva Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y se declaró que la educación elemental oficial sería laica, gratuita y obligatoria. Posteriormente, en 1920 se creó la Secretaría de Educación con jurisdicción nacional y José Vasconcelos fue nombrado el primer secretario de educación pública. A través de esta institución Vasconcelos emprendió una intensa campaña de alfabetización, sobre todo en las zonas rurales y entre la

población indígena. En 1925 la escuela secundaria se separó de la Preparatoria y de la Universidad (Loyo, 2010). A pesar de estos esfuerzos las cifras del Censo de Población de 1930 señalan que sólo 42.0% de la población de 6 a 10 años asistía a la escuela y únicamente 38.5% de la población de 10 años y más sabía leer y escribir.

En los siguientes años se insistió en reducir los índices de analfabetismo y en la necesidad de incrementar el número de escuelas secundarias. Por ejemplo, en 1928 sólo había seis escuelas de este tipo en el Distrito Federal (Loyo, 2010). La **c1911-1930**, que concluyó la educación primaria y que logró ingresar a la educación secundaria lo hizo en los años 1923-1942, en un contexto de insuficiencia de escuelas. Bajo este contexto la educación secundaria era un privilegio al que sólo podía acceder la clase media y alta.

Por su parte la **c1931-1940** ingresó a la primaria entre 1937 y 1946, aunque las oportunidades de escolaridad fueron mayores en comparación con la cohorte anterior, aún se percibían problemas importantes. Greaves (2010) resalta las disparidades entre las localidades urbanas y rurales, cuando sólo en las primeras predominaban las escuelas de organización completa. Mientras que en las zonas rurales generalmente sólo se impartían hasta tres grados; los grupos eran muy heterogéneos; existía poca eficiencia terminal; las escuelas presentaban carencias importantes y los profesores estaban poco capacitados ya que la mayoría sólo contaba con educación primaria. De acuerdo con los datos del Censo de Población de 1940, la población alfabetizada era 41.8% de la población de 10 años y más. En los siguientes años el proyecto educativo buscó ampliar la cobertura escolar y unificar los distintos niveles y objetivos de la enseñanza Aunque se presentaron algunas mejoras, como el hecho de que la tasa de alfabetismo aumentó a 56.8% en 1950, aún se percibían problemas importantes sobre todo en la cobertura de la educación media superior y superior.

Las estadísticas históricas sobre educación señalan que en la década de 1950, más del 90% de la matrícula escolar se concentró en la educación primaria. En el periodo 1950-1951, el 92.2% de los alumnos estudiaban la primaria, 3.6% el nivel preescolar, 2.1% la secundaria, 1.1% se encontraban en la preparatoria y sólo 0.9% cursaban estudios universitarios. Estas cifras son importantes en el estudio de la trayectoria educativa de la **c1931-1940**. Si bien es cierto que los años 50 corresponderían a la etapa de acceso a la educación secundaria y preparatoria, los porcentajes muestran que para la mayoría de la población esto no fue posible.

En la **c1941-1950**, el ingreso a la educación primaria se presentó en los años 1947-1956, todavía en un contexto de rezago educativo. En tanto que la educación secundaria la cursaron en el periodo 1953-1962, cabe mencionar que en el año 1958 se instrumentó el “Plan de Once Años” con el objetivo de incrementar las escuelas, atender la falta de maestros, así como brindar una mejor preparación a los maestros (Greaves, 2010). A pesar de que la matrícula escolar en el nivel superior aumentó, apenas representó poco más de dos por ciento.

En los siguientes años se presentaron progresos de celeridad e importancia y en los años 60 la educación secundaria presentó avances importantes, se fomentó la enseñanza técnica y la universitaria. La Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) inaugura la Ciudad Universitaria en 1954, y junto con el Instituto Politécnico Nacional (IPN) fueron dos pilares fundamentales en el desarrollo de la educación superior. En relación con la tasa de alfabetismo ésta aumentó a 85.5% en 1960, 87.6% en 1970, 92.1% en 1980 y 94.4% en 1990.

El panorama descrito muestra que las oportunidades de escolaridad fueron muy limitadas y que sólo un número reducido tuvo acceso a ellas, estos antecedentes ayudan a entender las desventajas de la población envejecida respecto al alfabetismo y la escolaridad, así como la importancia del análisis por cohortes. De acuerdo con los datos que aparecen en el cuadro 2, en 2010 un porcentaje importante de la población envejecida no sabía leer ni escribir, sobre todo en las cohortes de más edad. Las tasas de analfabetismo van de 40.1% en la c1911-1930 y descienden a 18.1% en la c1941-1950. A la par las estadísticas sobre escolaridad denotan las mejoras educativas en las cohortes más jóvenes, donde los grados de escolaridad alcanzados son más altos, 46.0% de la población en la c1911-1930 contaba con estudio de primaria, mientras que en la c1941-1950 este porcentaje es 53.5%. Por sexo se aprecia que las mujeres aparecen con mayores índices de analfabetismo y menores niveles de escolaridad.

Cuadro 2. Perfil educativo de la población según cohorte. México, 2010

Características		Cohorte 1941-1950			Cohorte 1931-1940			Cohorte 1911-1930		
		H	M	T	H	M	T	H	M	T
Sabe leer y escribir	Sí sabe	86.4	77.9	81.9	77.6	70.3	73.7	61.9	58.2	59.9
	No sabe	13.6	22.1	18.1	22.4	29.7	26.3	38.1	41.8	40.1
Escolaridad	Ninguna	14.9	21.8	18.6	26.6	30.9	28.9	43.7	44.2	44.0
	Primaria	53.1	53.8	53.5	56.2	55.8	56.0	46.3	45.8	46.0
	Secundaria	11.1	7.9	9.4	5.6	4.9	5.3	4.1	3.2	3.6
	Preparatoria	8.1	12.0	10.2	4.9	6.6	5.8	2.4	5.3	4.0
	Universidad	12.8	4.4	8.3	6.8	1.8	4.1	3.5	1.5	2.4

Fuente: elaboración propia con base en ENIGH (2010). INEGI

CARACTERÍSTICAS ECONÓMICAS Y DE SEGURIDAD SOCIAL

Las tres cohortes de análisis transitaron por contextos socioeconómicos heterogéneos que incidieron en las condiciones de transición a la vejez y la forma en que ésta acontece. La **c1911-1930** alcanzó la edad de 15 años en el periodo 1926-1945 y con ello la potencialidad de ingresar a la actividad económica. Las principales características económicas a partir de 1926 son de una economía muy dinámica, cuando en 1930 el producto interno bruto (PIB) creció 4.8% en términos reales. El sector industrial, principalmente de manufacturas y de construcción se convirtió en el motor de la economía, al mismo tiempo que el sector agrícola disminuyó su participación. Durante los años treinta y cuarenta, el crecimiento de la industria mexicana fue estimulado mediante un esquema de sustitución de importaciones caracterizado por el proteccionismo y la inversión pública, básicamente en el sector de bienes de consumo. El auge del sector industrial se refleja en la capacidad que tuvo para satisfacer prácticamente todo el consumo no duradero en el mercado interno; además de satisfacer la demanda externa durante la Segunda Guerra Mundial (Cardenas, 1994). En la revisión de las transformaciones socioeconómicas la seguridad social aparece como uno de los factores más importantes. En enero de 1943 se establece el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), la más grande de las instituciones de seguridad social en el país que administra los riesgos de los trabajadores asalariados del sector privado y que presta servicios de salud a los trabajadores asegurados y sus familiares dependientes, pensionados y algunos grupos de estudiantes. Con el paso del tiempo se incorporaron otros grupos de trabajadores con regímenes especiales y se ofreció cobertura

voluntaria a los trabajadores por cuenta propia. Con el establecimiento del IMSS se lograron mejoras significativas en el bienestar de la población.

Mientras que la **c1931-1940** transitó a la edad de 15 años en el periodo 1946 a 1955, bajo un modelo de crecimiento económico proteccionista sustentado en la demanda interna. Cárdenas (1994) la define como una política exitosa que creó empleos suficientes y bien remunerados, y que a pesar de los choques externos que produjeron fluctuaciones abruptas como la devaluación del peso en 1949 y 1954, logró mantener altas tasas de crecimiento económico. En 1955, el PIB per cápita creció 3.5% en términos reales, posicionando al país en unos de los primeros lugares de crecimiento per cápita.

La **c1941-1950** inició su vida laboral entre 1956 y 1965, durante los años del desarrollo estabilizador (1958-1970), caracterizado por altas tasas de crecimiento económico y baja inflación (Ortiz, 1998). De acuerdo con Cárdenas (1996) en los primeros años de transición al empleo de esta cohorte se presentó un crecimiento económico "sano" con varias etapas. Los años de 1954 a 1957 se caracterizaron por tasas de crecimiento reales del PIB superiores al 8.0%, mientras que el periodo 1958 a 1962 fue de estancamiento aunque con tasas del PIB mayores al 5.0%. Otro rasgo característico de este periodo fue el crecimiento más homogéneo que registraron los distintos sectores de la economía. Todos estos elementos derivaron en la generación de empleos. En términos de seguridad social, en diciembre de 1959 la Dirección de Pensiones Civiles y de Retiro se transforma en el actual Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). Es la segunda entidad en importancia en nuestro sistema de seguridad social y es la encargada de brindar protección a los trabajadores que prestan sus servicios en las dependencias del Estado, principalmente federales, así como proveer de servicios médicos a los trabajadores afiliados, familiares dependientes, pensionados y estudiantes.

Las tres cohortes de estudios continuaron su trayectoria laboral en las siguientes décadas, aunque en distintas edades las tres fueron partícipes del éxito económico que se registró durante los años sesenta percibidos como "tiempos de bonanza", cuando el PIB crecía a tasas reales anuales de 7.1% y el PIB per cápita aumentaba en 3.6%. Al mismo tiempo la inflación se mantenía muy baja, menos de tres puntos porcentuales y el empleo aumentaba (Solís, 2000). En 1970, la **c1911-1930** tenía entre 40 y 59 años de edad, la tasa de participación económica de la

población masculina sobrepasó 90.0% en este rango de edades, mientras que entre la población femenina fue superior a 15.0%. Por su parte, la **c1931-1940** alcanzó las edades 30 a 39 y también presentaba tasas de participación cercanas a 94% y 16.0%, respectivamente. La **c1941-1950** llegaba a las edades 20-29 y reportaba menores tasas en relación con las cohortes de más edad. Es importante resaltar que en las tres cohortes de estudio las mujeres declaran actividades económicas en porcentajes bastante menores a los hombres y que la brecha de participación por sexo disminuye en la cohorte más joven (gráfica 1).

El incremento de la producción se acompañó de mayores niveles de urbanización y la intensificación de la migración de las localidades rurales hacia las grandes ciudades. Pero en 1971 la economía mexicana entró en recesión, el PIB registró un crecimiento real de 4.2%, el más bajo desde 1959, y el PIB per cápita aumentó 0.8%. Los siguientes años, específicamente entre 1971 y 1981 la economía recuperó su dinamismo económico gracias al auge de las exportaciones petroleras y a las políticas expansionistas de gasto público, y cabe mencionar que era altamente deficitario y estaba apalancado por deuda externa. Durante este periodo la tasa de crecimiento anual del PIB fue 6.7% en términos reales, mientras que la del PIB per cápita fue 3.7%. En 1982 el país experimentó una crisis económica, como consecuencias de la caída internacional del precio del petróleo, el PIB registró una tasa negativa de -0.5%, la tasa de desempleó aumentó a 8.0%, el peso se devaluó en 70% y la inflación fue cercana al 100% (Cárdenas, 1996; Solís, 2000). En 1980, la **c1911-1930** estaba en las edades 50 a 69, tiempo en el que debería prepararse para transitar hacia el retiro, de hecho una parte habría de pasar a la jubilación. Mientras que la **c1931-1940** se encontraba en la edades 40 a 49 y registraba tasas de participación económica de 95.0% entre la población masculina y 30.0% entre la población femenina. En cuanto a la **c1941-1950** llegaba a las edades 30-39 y reflejaba el mayor porcentaje de participación, como se constata en la gráfica 1.[5]

Los años posteriores a la crisis de 1982, se caracterizaron por una profundización de las acciones conducentes a la economía de mercado, entre las que destacaron la desincorporación de empresas del sector público consideradas no estratégicas. Entre 1983 y 1987 el PIB se redujo en términos reales en 0.3% y el PIB per cápita disminuyó 1.9%. Rendón y Salas (1993) mencionan que el sector industrial tuvo pocas posibilidades de generar empleos. Además, se presentó un

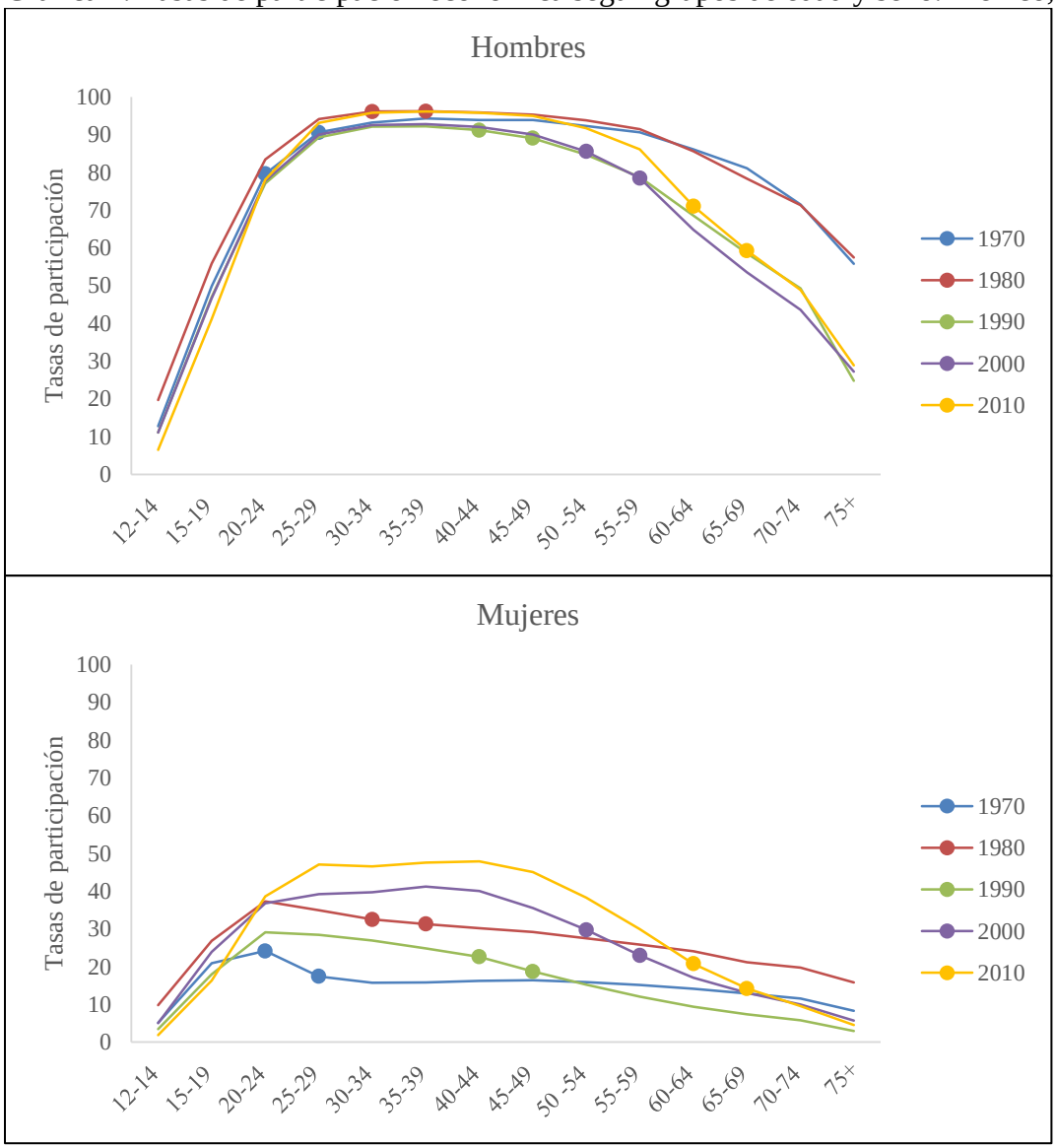
[5] Los porcentajes deben analizarse con mesura ya que el Censo 1980 tiende a sobrestimar las tasas de actividad, mientras que el Censo 1990 subestima a la PEA (García y Pacheco, 2011).

auge de las actividades económicas de pequeña escala y la terciarización cada vez mayor del trabajo, a la par que se registró una creciente incorporación de las mujeres en la actividad laboral. Para 1990, la cohorte más antigua (**c1911-1930**) llegaba a las edades de retiro (60-79). Sin embargo, la cobertura de la seguridad social era escasa y los montos de las pensiones bajos, en consecuencia la tasa de participación económica en el rango de edades 75-79 fue de 39.9% en los hombres y 4.6% en las mujeres. La **c1931-1940** alcanzaba las edades 50 a 59 y la cohorte más joven (**c1941-1950**) llegaba a la madurez de las edades 40 a 49, las estadísticas de la gráfica 1 indican que 91.2% de la población masculina en el grupo quinquenal 40-44 participaba en la actividad laboral, en el caso de las mujeres este porcentaje era 22.6%. Al comparar con las tasas de una década atrás se percibe el descenso de la cohortes en la actividad económica.

Desde comienzos de los años noventa la economía mexicana mostró signos de debilidad y estancamiento a pesar de la entrada masiva de capital económico del extranjero, en 1993 el PIB real aumentó sólo 0.6%. En enero de 1994 entró en vigor el Tratado de Libre Comercio de América del Norte (TLCAN) generando un aumento considerable de los flujos de comercio e inversión. Sin embargo, a lo largo de 1994 transcurrieron una serie de acontecimientos sorprendentes[6] que causaron un descenso importante de las reservas en divisas. A finales de ese año se anunció la ampliación de la flotación del peso, que se devaluó de 3.4 pesos por dólar en diciembre de 1994 a 7.6 a inicios de 1995; generando una de las crisis económicas más fuertes. Inmediatamente se implementó un paquete de emergencia que incluyó préstamos internacionales y de varios países latinoamericanos. En los siguientes años el PIB mostró una recuperación y en 1998 registró un crecimiento real de 3.9% (Solís, 1999). En 2000, la **c1911-1930** estaba en las edades 70 a 89 y la **c1931-1940** transitaba a la vejez al llegar a las edades 60-69, pese a ello las tasas de participación económica se mantenían altas y fueron 64.9% en los hombres y 9.3% en las mujeres en el grupo 60-64. Al mismo tiempo la **c1941-1950** alcanzaba las edades 50 a 59, las cifras de la gráfica 1 muestran que 85.5% de los hombres y 29.7% de las mujeres en el grupo 50-54 eran económicamente activos.

[6] Como el asesinato del entonces candidato presidencial Luis Donaldo Colosio, que incidieron en la salida de capitales extranjeros y nacionales.

Gráfica 1. Tasas de participación económica según grupos de edad y sexo. México, 1970-2010



Fuente: Elaboración propia con base en Censos de Población (1970-2010).

Nota: se refiere al porcentaje que representa la PEA en cada grupo de edad, en relación con la población de 12 años y más de ese mismo grupo de edad y sexo.

En la revisión de los antecedentes de los años noventa es importante destacar dos cambios notorios en materia de seguridad social que afectan sobre todo a las futuras generaciones de personas en edad mayor. El primero se remonta al mes de mayo de 1992 cuando se instrumentó

un nuevo tipo de seguro de retiro entre los trabajadores afiliados al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), a través del Sistema de Ahorro para el Retiro (SAR).[7] Entre los argumentos que justificaron su diseño se encuentran la necesidad de incrementar el ahorro interno, se planteó la posibilidad de que los trabajadores pudieran convertirse en pequeños ahorradores bajo instrumentos financieros y tasas de rendimiento atractivas y accesibles. Aunque la evidencia mostró que ninguno de estos objetivos se logró. El segundo se ubica en julio de 1997, cuando el SAR se unifica con el nuevo sistema de pensiones para los trabajadores del IMSS. De ser un régimen de reparto con beneficios definidos pasó a ser un sistema privatizado de capitalización individual con contribuciones definidas. Los trabajadores afiliados al IMSS después de la reforma obligatoriamente se incorporaron al SAR, mientras que los trabajadores que ya estaban afiliados tienen la elección de pensionarse en el sistema anterior bajo la ley de 1973 o la hacerlo con la cuenta individual de la nueva ley de 1997.

En el sistema de contribuciones definidas, las aportaciones de los trabajadores, patrones y Estado se transfieren a las administradoras de fondos para el retiro (afores). El monto acumulado al momento del retiro se utilizará para comprar una renta vitalicia en una compañía de seguros; contratar un retiro programado con las afores; o para obtener una pensión mínima garantizada, cuando los recursos acumulados no son suficientes y el trabajador ha cubierto al menos 1250 semanas de cotización.

Posteriormente, en abril de 2007 y tomando como referencia el modelo del IMSS, se llevó a cabo la reforma a los sistemas de pensiones y jubilaciones del ISSSTE. El sistema de pensiones de beneficios definidos fue sustituido por uno de aportaciones definidas, donde las cuentas individuales son operadas por el Pensionissste o por la afore que el trabajador elija. Los trabajadores en activo al momento de la reforma tienen la opción de continuar en el sistema de beneficios definidos, aunque reformado a través de nuevas condiciones que incrementan progresivamente las edades mínimas requeridas; o trasladarse al de contribuciones definidas. Mientras que para los trabajadores de nuevo ingreso aplica la nueva ley. En relación con las

[7] El ahorro representó dos por ciento de la nómina del salario y a éste se incorporó la cuota existente de cinco por ciento para la vivienda (ambas pagadas por el patrón), los fondos se depositaban en una cuenta bancaria para cada trabajador. Este sólo podía ser retirado hasta que el trabajador cumpliera 65 años de edad y únicamente en caso de ser cesado podía ser retirado el monto correspondiente al 10%.

modalidades de retiro son las mismas que operan en el IMSS: renta vitalicia, retiro programado, o pensión garantizada a partir de los 60 años y el trabajador cumple con 25 años de cotización.

USO DE LA ENIGH Y METODOLOGÍA

La descripción de las principales características socioeconómicas de las tres cohortes en el año 2010, se basa en la ENIGH 2010 que levanta el INEGI con una periodicidad bi-anual.[8] Tiene representatividad nacional, para el área urbana de localidades de 2500 y más habitantes, y rural con localidades menores de 2500 habitantes. Es asimismo representativa para las entidades Chiapas, Distrito Federal, Estado de México, Guanajuato y Yucatán[9]. Se trata de la fuente de información que para el caso de México ofrece las estadísticas más completas sobre el monto, procedencia y distribución de los ingresos de las personas y de los gastos de los hogares.[10] Además, incluye datos sobre las características ocupacionales y sociodemográficas de la población y sobre las características de la infraestructura de la vivienda y el equipamiento del hogar.

De acuerdo con los objetivos de la investigación, son de particular relevancia las variables relativas al ingreso. La información sobre los ingresos de las personas que la ENIGH 2010 registra incluye más de 80 categorías. Dado que las variables son de distinta naturaleza en cuanto a su ocurrencia y fluctuación en el tiempo, no es posible fijar períodos de referencia homogéneos al momento de la entrevista. Por lo tanto, el cuestionario de la encuesta combina períodos de diferente extensión. Para captar las variables que componen el ingreso, los periodos de referencia consideran aquellos elementos que inciden en la disponibilidad de los recursos por parte de los hogares o los perceptores. Los ejemplos más relevantes son a) los días de pago a los asalariados, b) los períodos más frecuentes en los que se disponen de ganancias o rendimientos (la mayor parte de las personas ocupadas reciben ingresos en un período máximo de un mes), c) la naturaleza de la actividad económica relacionada con las variaciones estaciónales (en la agricultura se dispone de los recursos económicos al finalizar los ciclos agrícolas) y d) las variaciones irregulares causadas por la inestabilidad en el empleo y que producen fluctuaciones

[8] La ENIGH 2005 se realizó, de manera extraordinaria, con el fin de tener cifras actualizadas sobre las condiciones de vida de los hogares.
[9] En el año 2010 estas entidades convinieron con el INEGI una ampliación de la muestra.
[10] En relación con el ingreso los informantes son los integrantes del hogar de 12 años o más que recibieron ingresos durante el periodo de referencia. Para los menores de 12 años el informante es el padre, madre, tutor o responsable de ellos que conocen la información.

en el ingreso en diferentes meses. Así, el período para registrar los ingresos puede corresponder hasta el sexto mes pasado la entrevista (INEGI, 2010).

La ENIGH, en su versión tradicional define al ingreso total como la suma del ingreso corriente y de las percepciones financieras y de capital. El ingreso corriente se refiere a los recursos que cada uno de los integrantes del hogar reciben de manera regular y que están disponibles para el consumo de bienes y servicios en un lapso de tiempo, sin alterar el patrimonio de los hogares. El ingreso corriente se integra de un componente monetario y otro no monetario. Este último incluye las remuneraciones en especie, el autoconsumo, las transferencias en especie y la estimación del alquiler en la vivienda. Por su parte las percepciones financieras y de capital son aquellas entradas que reciben los integrantes del hogar y que modifican el patrimonio del hogar. En este caso el enfoque es en el ingreso corriente monetario, es decir, aquellos recursos que provienen de las remuneraciones por trabajo subordinado,[11] los ingresos por trabajo independiente,[12] otros ingresos por trabajo,[13] la renta de la propiedad,[14] las transferencias[15] y otros ingresos corrientes, de acuerdo con el diagrama 1.[16]

---

[11] "Son las remuneraciones por trabajo subordinado, es decir, son todas las entradas en efectivo recibidas regularmente por los integrantes del hogar como trabajadores subordinados en su trabajo principal y, si es el caso, en un trabajo secundario" (INEGI, 2011:73).

[12] "Son todas aquellas entradas en efectivo o en especie que los integrantes del hogar reciben regularmente por su desempeño como trabajadores independientes en su trabajo principal o, si es el caso, en su trabajo secundario" (INEGI, 2011:74).

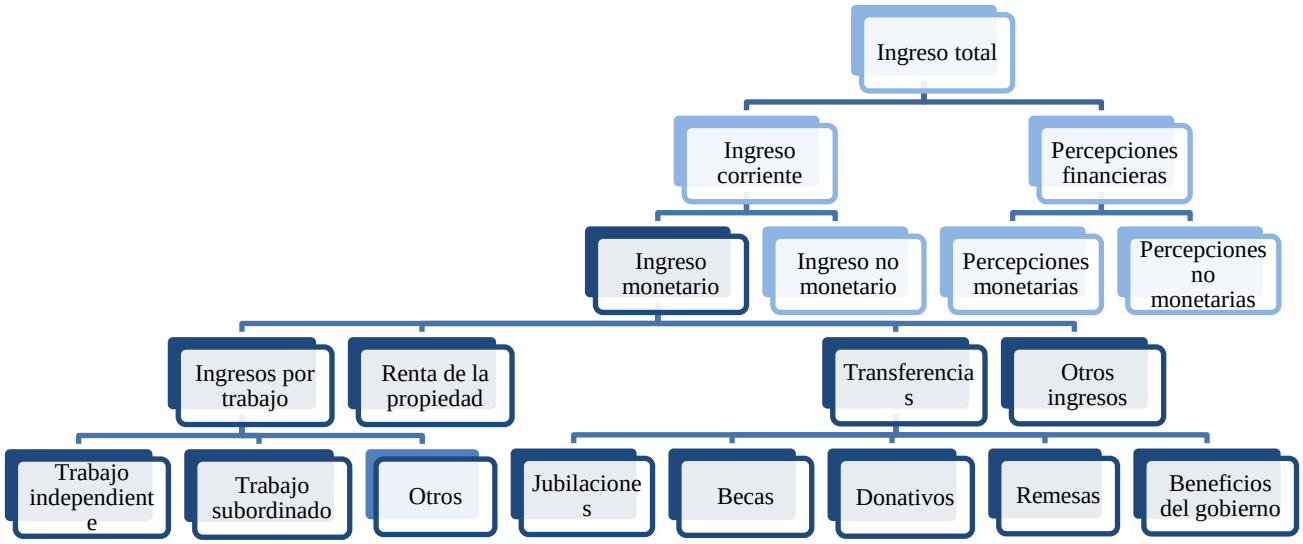
[13] "Se refieren al conjunto de ingresos en efectivo o en especie que los integrantes del hogar hayan recibido por el desempeño de algún(os) trabajo(s) diferente(s) al trabajo principal o secundario, durante el periodo de referencia" (INEGI, 2010b:3). En los ingresos por trabajo, cuando la remuneración es en especie, el informante realiza la estimación correspondiente, a partir de lo que él considera que es su valor de mercado.

[14] "Agrupa todos los ingresos que reciben los integrantes del hogar derivados de la posesión de activos financieros o tangibles que han puesto a disposición de otras unidades institucionales" (INEGI, 2011:75).

[15] "Son las entradas en efectivo o en especie recibidas por los integrantes del hogar y por las cuales el proveedor o donante no demanda retribución de ninguna naturaleza" (INEGI, 2011:75).

[16] "En los hechos, bajo este concepto se han incluido ingresos que corresponden a otras categorías (ingresos por trabajo, transferencias, etc.) y que han sido clasificados de manera errónea en el momento de la entrevista. No obstante, es indispensable considerar estos ingresos, ya que más allá de su origen, son parte de los ingresos corrientes que perciben los integrantes del hogar" (INEGI, 2010b:5).

Diagrama 1. Estructura de los ingresos en la ENIGH



Fuente: Elaboración propia con base en ENIGH (2010).

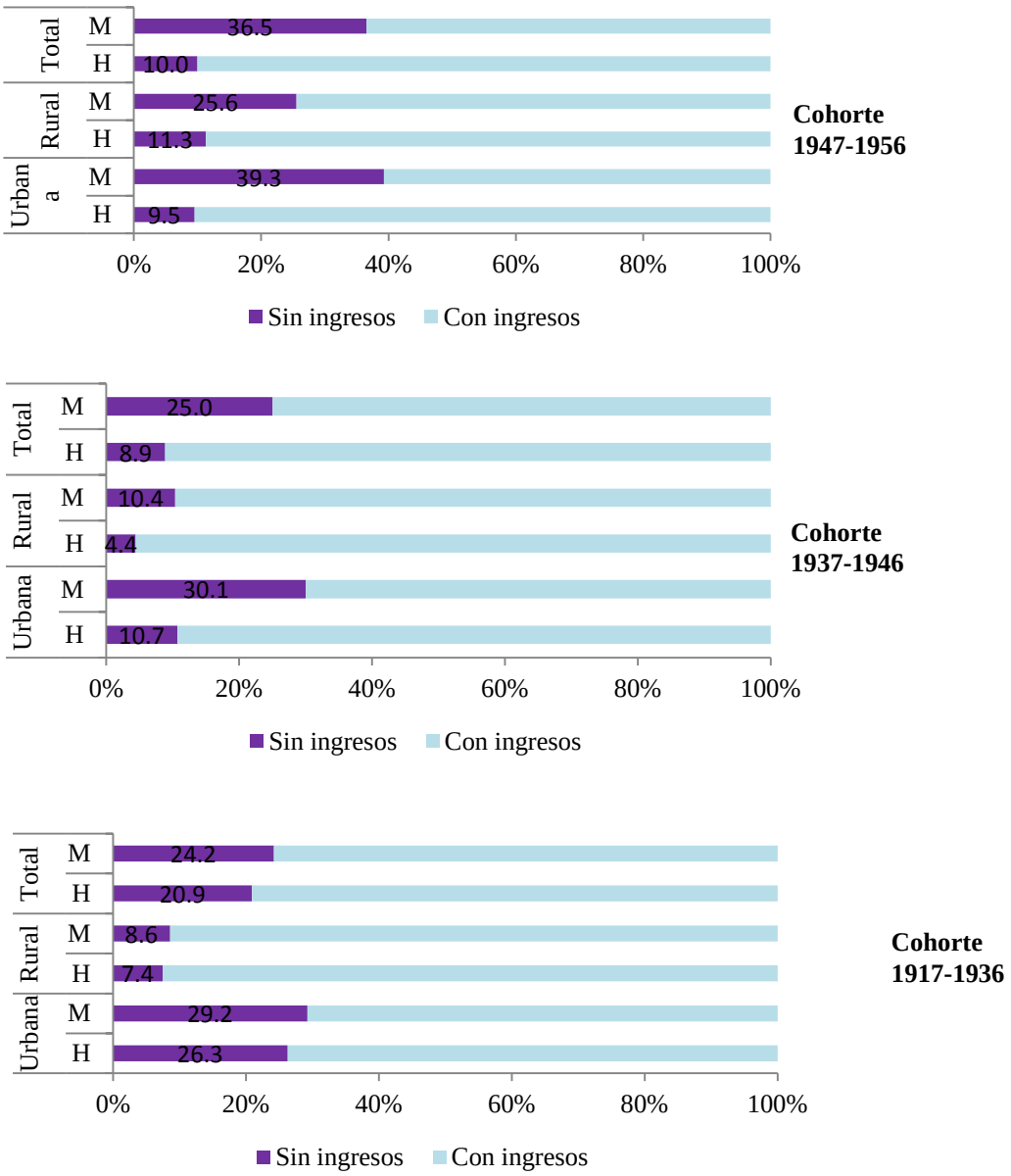
DEPENDENCIA ECONÓMICA EN LA VEJEZ

Desde el enfoque de los derechos humanos se plantea la necesidad de garantizar ingresos para todas las personas en la vejez a fin de ubicar a este segmento de la población por encima del nivel de vida mínimo aceptable (Huenchuan, 2007). En el caso de México, las cifras de la gráfica 2 muestran que un porcentaje importante de la población carece de ingresos, destacan además las diferencias por sexo y localidad. En la c1947-1956, 36.5% de las mujeres y 10.0% de los hombres no reportan ingresos. Estas cifras disminuyen en el siguiente cohorte de análisis y son 25.0% y 8.9%, respectivamente. Es decir que hay más población que recibe ingresos, que se explica por la presencia de programas de ayuda a población adulta mayor, en especial el Programa "70 y Más".[17] En la cohorte más antigua, 24.2% de las mujeres y 20.9% de los hombres también carecen de ingresos. Es importante mencionar que es en esta cohorte donde se presenta la mayor proporción de hombres sin ingreso. Además, hay un incremento significativo cuando se compara con el resto de las cohortes.

[17] El 1º. de diciembre de 2013 el Programa "70 y Más" amplió su rango de cobertura e incluyó a la población mexicana en edades {65 +}.

Las diferencias por sexo entre la población adulta mayor que no cuenta con ingresos se mantienen en el análisis por localidad, son las mujeres urbanas las que presentan los porcentajes más altos que van de 29.2% en la cohorte más antigua a 39.3% en la cohorte más joven. En las zonas rurales los porcentajes son 8.6% para los más viejos y 25.6% para los menos viejos. Debe considerarse que los apoyos que otorga el gobierno a la población adulta mayor son particularmente importantes en las localidades rurales.

Gráfica 2. Condición de percepción de ingreso de la población en edades avanzadas según cohortes. México, 2010



Fuente: Elaboración propia con base en Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2010, INEGI.

POBLACIÓN DE 60 Y MÁS SIN INGRESOS

La distribución porcentual de la población según distintas características socio-demográficas que aparece en el cuadro 3 muestra la presencia de diferencias significativas entre la población sin ingresos y con ingreso. Existe una marcada tendencia a que entre la población sin ingreso el parentesco más reportado sea el cónyuge, en las c1947-1956 es 58.4% y en la c1937-1946 representa 35.8%; mientras que en la c1917-1936 la categoría otro parentesco, que generalmente es padre o suegro del jefe de hogar, aparece como la más importante (59.6%). Por el contrario, entre la población con ingresos los porcentajes mayores siempre se encuentran en el parentesco jefe del hogar. En relación con las diferencias por sexo que aparecen entre los individuos sin ingresos, los resultados muestran que para la población masculina, con excepción de la cohorte de más edad, los porcentajes mayores se encuentran en ser jefe; mientras que en las mujeres, también con excepción del último segmento, es ser cónyuge.

La situación conyugal que predomina entre la población sin ingresos en las dos primeras cohortes es la unión, mientras que en la más antigua el estado civil que prevalece es el de viudez. Es importante mencionar que aunque la población con ingresos también está mayoritariamente unida en los dos primeros tramos, los porcentajes siempre son más bajos; por ejemplo, en la c1947-1956 la población unida sin ingresos es 76.3% y entre la población con ingresos es 67.4%. En el análisis por sexo de la población sin ingresos, se observa que las cifras de hombres unidos van de 77.5% en la c1947-1956 a 71.2% en la c1917-1936. En el caso de la población femenina, estos porcentajes son 76.0% y 25.2%, respectivamente; esta disminución acelerada se explica por un incremento de la viudez, donde las cifras pasan de ser 13.6% a 63.7%, respectivamente.

Respecto a la condición de alfabetismo los resultados muestran que entre la población que no reciben ingresos, en la c1947-1956 y c1937-1946 la mayoría sabe leer y escribir. A pesar de que algo similar ocurre entre la población con ingresos, resalta que las tasas de alfabetismo son menores entre la población sin ingresos; por ejemplo, en la c1917-1936 la población alfabeta sin ingresos es 49.5%, mientras que la población con ingresos en esta condición es 63.0%. En la

desagregación por sexo es importante resaltar que las mayores tasas de alfabetismo entre la población sin ingresos corresponden a la población femenina.

En el análisis de los tipos y clases de hogares se aprecia que la población adulta mayor que no recibe ingresos y que se encuentra en la c1947-1956 se inserta en hogares familiares de tipo nuclear, algo similar ocurre entre la población con ingresos. Enseguida, en la c1937-1946 predominan los hogares familiares de tipo ampliado (59.8%). Los resultados de este grupo de edad son distintos para la población con ingresos, ya que la tipología de hogar que sigue predominando es la nuclear (43.4%). En la c1917-1936, tanto la población sin ingresos, como los individuos con ingresos se integran mayoritariamente en hogares ampliados, 71.7% y 44.1%, respectivamente. Un caso particular es el de los hogares no familiares de tipo unipersonal, en las tres cohortes el porcentaje de población en esta categoría es significativamente superior entre la población con ingresos, por ejemplo, en la cohorte más antigua es 19.1%, en contraste con la cifra correspondiente a quienes no tienen ingreso, que es 3.1%.

Cuadro 3. Características de la población en edades avanzadas según percepción de ingresos y cohortes. México, 2010

Características		**Cohorte 1947-1956**				**Cohorte 1937-1946**				**Cohorte 1917-1936**			
		Sin ingresos			Con ingresos (Total)	Sin ingresos			Con ingresos (Total)	Sin ingresos			Con ingresos (Total)
		Total		Total		Total		Total		Total		Total	
		H	M			H	M			H	M		
Parentesco	Jefe(a)	78.9	15.6	27.8	**72.6**	67.6	18.5	29.8	**70.7**	33.4	24.9	28.5	**67.5**
	Cónyuge	5.3	71.0	**58.4**	20.0	6.0	44.7	**35.8**	17.5	1.3	19.7	11.9	9.0
	Otro	15.8	13.4	13.8	7.4	26.4	36.8	34.4	11.8	65.3	55.4	**59.6**	23.5
Situación conyugal	En unión	77.5	76.0	**76.3**	**67.4**	71.9	63.1	**65.1**	**56.2**	71.2	25.2	44.6	36.8
	Sin pareja	15.3	10.4	11.3	16.1	11.0	11.4	11.3	11.3	4.7	11.1	8.4	8.9
	Viudo(a)	7.2	13.6	12.4	16.5	17.1	25.5	23.5	32.5	24.2	63.7	**47.0**	**54.3**
Alfabetismo	Sí sabe	79.0	81.2	**80.8**	**82.3**	71.8	78.6	**77.0**	**72.9**	40.7	55.9	49.5	**63.0**
	No sabe	21.0	18.8	19.2	17.7	28.2	21.4	23.0	27.1	59.3	44.1	**50.5**	37.0
Tipo de hogar	Unipersonal	2.7	0.6	1.0	10.9	3.1	1.2	1.7	15.8	2.1	3.9	3.1	19.1
	Nuclear	48.2	51.2	**50.6**	**50.1**	35.3	37.3	36.8	**43.4**	19.0	26.6	23.4	35.1
	Ampliado	47.0	47.2	47.2	38.0	57.5	60.5	**59.8**	39.8	77.1	67.8	**71.7**	**44.1**
	Compuesto	1.9	0.9	1.1	0.8	3.1	0.8	1.4	0.8	1.8	1.3	1.5	1.3
	Corresidente	0.1	0.0	0.0	0.2	1.0	0.1	0.3	0.3	0.0	0.3	0.2	0.4

Fuente: Elaboración propia con base en Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2010, INEGI.

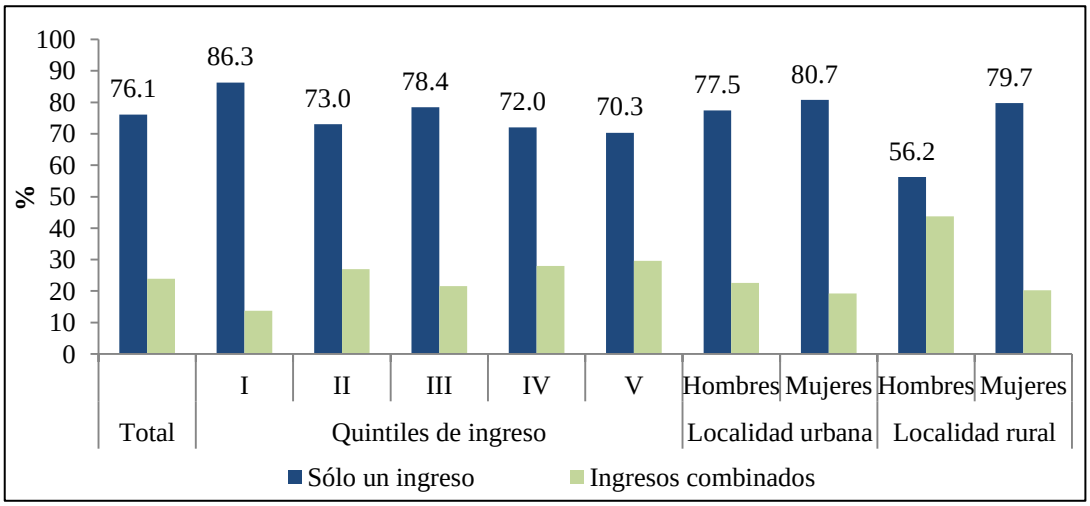
INGRESOS EN LA VEJEZ

En la población adulta mayor un primer indicador está relacionado con el número de fuentes de ingreso ya que la población con ingresos combinados diversifica sus recursos monetarios. Las cifras de la gráfica 3 muestran que el mayor porcentaje de la población envejecida sólo cuenta con una fuente de ingreso. Estos porcentajes son de 76.1% en la c1947-1956, de 77.8% en la c1937-1946 y en la c1917-1936 es 87.3%.

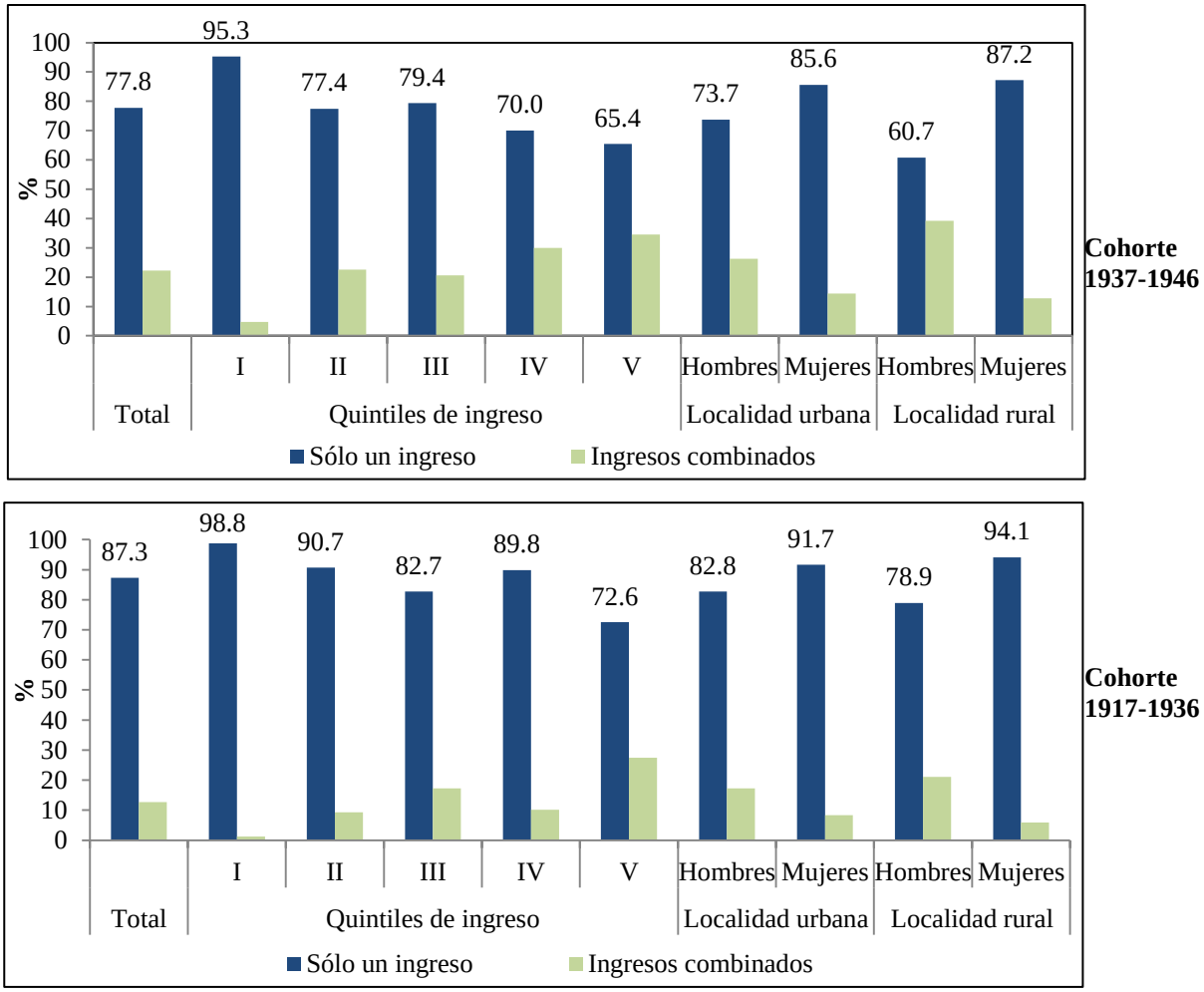
Además, en las localidades urbanas el porcentaje de mujeres con un sólo ingreso siempre es superior al de los hombres. Algo similar se presenta en las localidades rurales, en el sentido de que son principalmente las mujeres quieren reportan sólo una fuente de ingresos a lo largo de las tres cohortes. Es en la cohorte de más edad en la que se presentan las mayores diferencias, en 91.7% de las mujeres urbanas y 94.1% de las rurales los ingresos provienen de una sola fuente. Mientras que entre la población masculina estas cifras son 82.8% en lo urbano y 78.9% en lo rural.

La información por quintiles de ingreso indica que es en los estratos más bajos donde se presenta una menor diversificación del ingreso. En la c1947-1956 86.3% de la población en el estrato I sólo reporta una fuente de ingreso, mientras que en que el estrato V el porcentaje es 70.3%. En la c1937-1946 esta cifras son 95.3 y 65.4%, respectivamente, mientras que en la c1917-1936 son 98.8 y 72.6%.

Gráfica 3. Ingresos de la población en edades avanzadas según características y cohorte. México, 2010



Cohorte 1947-1956



Fuente: Elaboración propia con base en Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2010, INEGI.

El ingreso promedio mensual más alto corresponde a la cohorte más joven y es de $4,759, cifra que representa aproximadamente tres salarios mínimos.[18] En la c1937-1946 el ingreso promedio disminuye a $3,011, mientras que en la c1917-1936 es de $2,330, que equivale a 1.5 salarios mínimos. Mirando las cifras de la gráfica 4 se aprecia la gran heterogeneidad de ingresos según características de la población. Son los hombres quienes presentan los montos más altos. Entre la población masculina en la c1947-1956 que reside en las localidades urbanas la media del ingreso es $6,876 y en las localidades rurales es $2,916. Entre las mujeres las cifras son $3,640 y $1,216, respectivamente. En la parte de la cohorte más envejecida, los hombres que habitan en las localidades urbanas tienen un ingreso promedio de $3,523 y en aquellos que residen en las

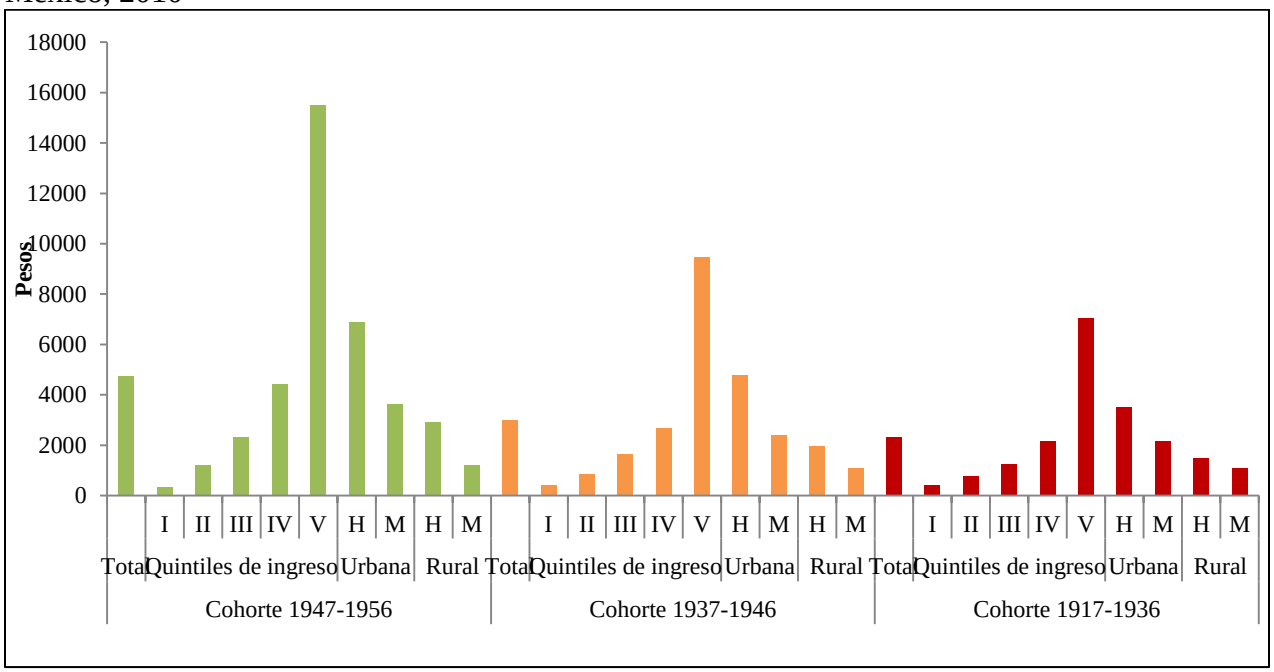
[18] El cálculo se realizó considerando los salarios Vigentes a partir del 1 de enero de 2010, establecidos por la Comisión Nacional de los Salarios Mínimos.

localidades rurales esta cifra es $1,472. Por su parte entre la población femenina los ingresos medios son $2,158 y $1,099, respectivamente.

Llama la atención que en las tres cohortes de estudio las mujeres rurales disponen de ingresos inferiores a la línea de bienestar,[19] que el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval) ha determinado como umbral de ingresos en la medición de la pobreza. De acuerdo con este organismo, en agosto de 2010 el valor de la línea de bienestar fue de $2,114 pesos mensuales por persona en las áreas urbanas y $1,329 en las rurales (Coneval, 2015).

Además, destacan las diferencias por estrato de ingreso, en el quintil más pobre (I) el ingreso promedio mensual es $351 en la c1947-1956, $410 en la c1957-1946 y $437 en la c1917-1936. Mientras que los ingresos promedio de la población que se ubica en el quintil más alto (V), son $15,487, $9,465 y $7,402, respectivamente.

Gráfica 4. Ingreso promedio (mensual) de la población en edades avanzadas según cohortes. México, 2010



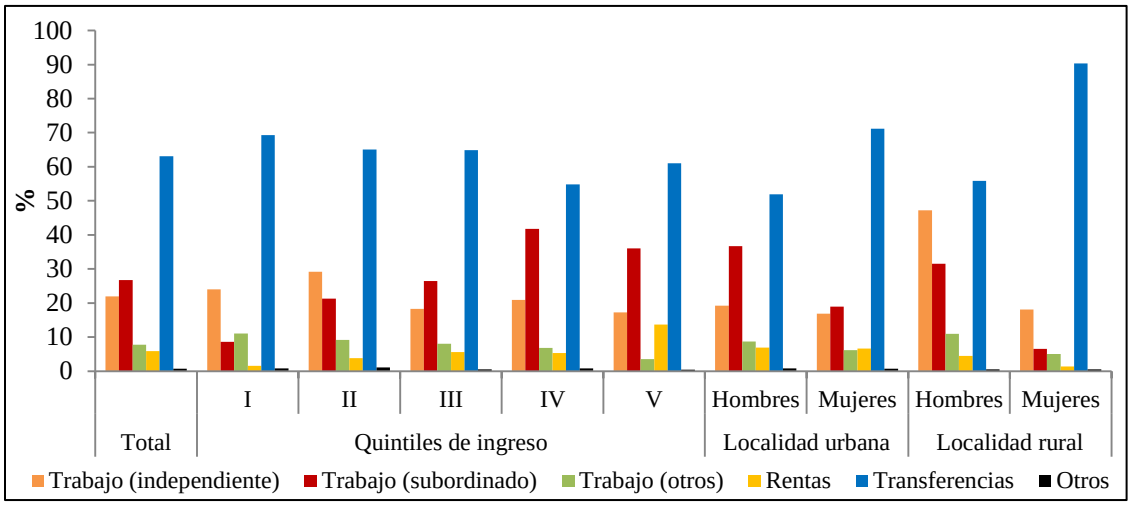
Fuente: Elaboración propia con base en Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2010, INEGI.

[19] Se determina como la suma del costo de la canasta alimentaria y la no alimentaria.

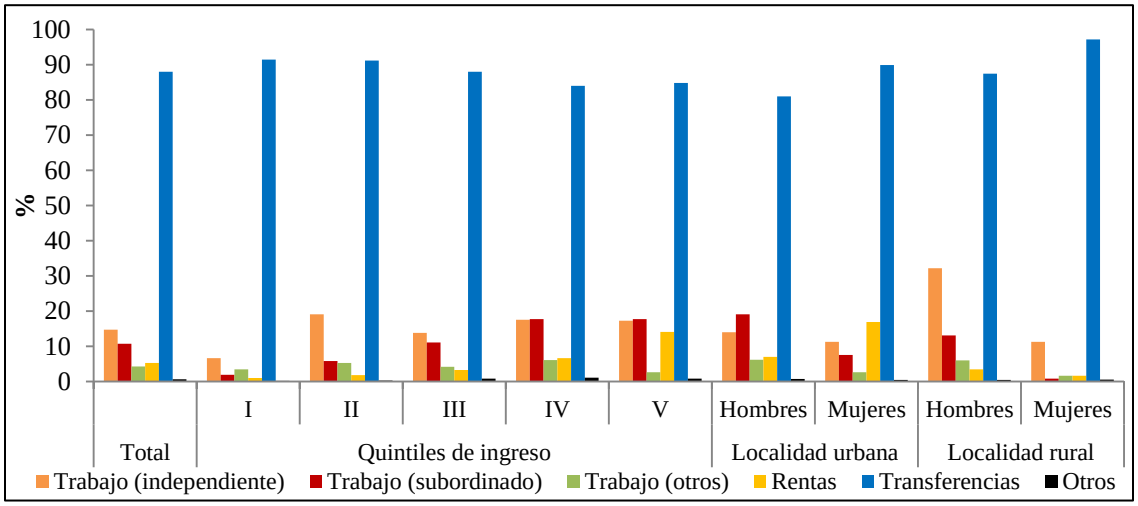
En los recursos económicos con los que cuenta la población adulta mayor, un aspecto de relevancia son las fuentes de ingreso. En este sentido es importante destacar el papel de las transferencias, la gráfica 5 muestra que en todas las categorías de análisis éstas aparecen con los porcentajes de participación más altos, incluso en el quintil de ingresos V.

También se da cuenta de las diferencia en la composición de los ingresos según cohorte. En la c1947-1956 se ve que 63.1% de la población recibe ingresos por transferencias, enseguida 26.8% reporta ingresos por trabajo subordinado, que incluye sueldos, comisiones, propinas y pagos por horas extra. Sin embargo, se perciben diferencias notorias según estrato de ingreso y sexo, ya que sólo 8.6% del quintil más bajo recibe ingresos por trabajo subordinado, mientras que en el quintil IV, 41.8% reporta ingresos por este concepto. En las localidades rurales sólo 6.5% de las mujeres tienen recursos por esta vía, esta cifra es 31.5% en el caso de los hombres. La siguiente fuente de recursos monetarios en importancia son los ingresos por trabajo independiente, éstos son especialmente importantes para los hombres de las localidades rurales, 47.2% los mencionan y en el segundo quintil de ingresos es 29.2%.

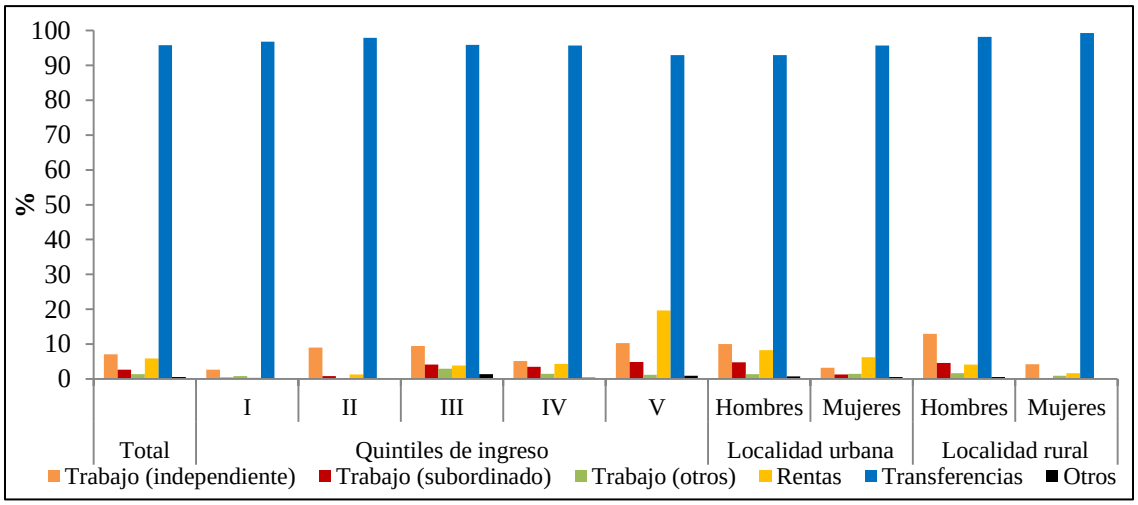
Gráfica 5. Ingresos de la población en edades avanzadas según cohorte. México, 2010



Cohorte 1947-1956



Cohorte 1937-1946



Cohorte 1917-1936

Fuente: Elaboración propia con base en Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2010, INEGI.

En la c1937-1946 se aprecia un incremento significativo de la población que recibe transferencias (88.0%), estos recursos son importantes sobre todo para las mujeres de las localidades rurales, ya que 97.2% cuentan con esta fuente de ingresos. A diferencia de la cohorte más joven, en este grupo se percibe una drástica reducción de la población que recibe ingresos por trabajo subordinado, sólo uno de cada diez adultos mayores lo mencionan. Los mayores porcentajes corresponden a los estratos más altos y a la población masculina, pero en todos los casos los porcentajes son menores al 20.0%. En relación con los ingresos derivados del trabajo independiente, una proporción menor de la población recibe ingresos a través de este medio, 14.8% de la población. Al igual que en la cohorte más joven, los porcentajes más altos aparecen

entre la población masculina de las localidades rurales y entre las personas que se ubican en el segundo quintil de ingresos. Llama la atención el incremento proporcional de la población en la c1937-1946 que recibe ingresos derivados de las rentas, sobre todo en el estrato de ingresos más alto y en las mujeres urbanas.

Prácticamente todas las personas de la c1917-1936 reciben algún tipo de transferencia. En algunos sectores de la población de este grupo la presencia de otros ingresos adquiere relevancia, por ejemplo en el estrato V, 19.6% de la población reporta ingresos provenientes de rentas, y también en las localidades rurales 8.3% de los hombres y 6.2% de las mujeres reciben rentas. Asimismo, los recursos monetarios que provienen del trabajo independiente son importantes en el quintil V, ya que 10.3% de la población tiene ingresos de este tipo. Este es además un recurso importante para la población masculina, pues para 10.0% de los hombres en localidades urbanas es fuente de ingreso, en tanto que en las localidades rurales es 13.0%.

Las cifras anteriores muestran que la presencia de ingresos derivados de la actividad laboral se reduce significativamente en las cohortes de más edad. La literatura que analiza las características de inserción laboral y los determinantes del trabajo en la vejez encuentra que el proceso de envejecimiento conlleva repercusiones sobre el desempeño físico, mental y de la salud que necesariamente implican un decremento o el cese permanente de la actividad laboral. Nava y Ham (2014) documentan la relación inversa entre la discapacidad y la probabilidad de trabajar entre la P60+. Mientras que González-González y Wong (2014) encuentran que la presencia de enfermedades crónico-degenerativas, como la diabetes, disminuye la actividad laboral en la población de 50 y más.

Las mermas en las condiciones de la salud producto de la vejez pueden repercutir negativamente en la capacidad para el trabajo, lo cual aminora los niveles de productividad laboral y en ocasiones aumenta los riesgos laborales. A ello se suma la obsolescencia en la ocupación, producto de los cambios tecnológicos y el auge de la cultura digital y computacional. Se trata de elementos que adquieren relevancia en el análisis de las tres cohortes actualmente en edades avanzadas, como se presentó anteriormente es población que tuvo poca oportunidades educativas, lo cual reduce las posibilidades de adaptación a los cambios tecnológicos y en los métodos de trabajo. Además, la dinámica demográfica actual, caracterizada por una mayor participación absoluta y porcentual de la población en edades activas y laborables trae consigo

una fuerte oferta de trabajo que busca incorporarse en el mercado laboral, que disminuye el precio del trabajo y que coloca a la población en edades avanzadas en una posición de desventaja (Mojarro, 2009). Al mismo tiempo, la situación económica en México presentó dificultades para la generación de empleos, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE) en el segundo trimestre de 2010 la tasa de desocupación a nivel nacional fue 5.2% frente a la Población Económicamente Activas (PEA).

TRANSFERENCIAS ECONÓMICAS HACIA LA POBLACIÓN ENVEJECIDA

Los resultados anteriores denotan la importancia de las transferencias como fuente de ingresos en la población adulta mayor. En la gráfica 6 aparecen desagregados los distintos tipos de recursos que conforman estas transferencias, los que son jubilaciones, [20] donativos,[21] remesas provenientes de otros países, y beneficios gubernamentales.[22]

En relación con las jubilaciones las estadísticas muestran la poca cobertura de la seguridad social. Entre la c1947-1956 sólo tres de cada diez personas están jubiladas. Es importante resaltar que las cifras entre las localidades urbanas y rurales y entre la población masculina y femenina presentan variaciones significativas, los hombres jubilados son 40.9% en las zonas urbanas y 12.4% en las rurales, mientras que en las mujeres el porcentaje de jubiladas son 32.2 y 6.1%, respectivamente. En la c1937-1946 se denota que 32.2% de la población recibe jubilaciones, en las zonas urbanas 52.7% de la población masculina tiene ingresos por jubilación y 32.3% de la población femenina. Mientras que en las localidades rurales estos porcentajes son 12.7 en hombres y 4.6% en mujeres. En la c1917-1936, el 30.9% recibe ingresos por jubilación. Al igual que los grupos anteriores se aprecian diferencias importantes entre lo rural y lo urbano, en éstas últimas los más protegidos también son los hombres, con un porcentaje de 49.2%, entre las mujeres esta cifra es 34.5%, para las comunidades rurales las cifras son 11.6 y 5.2%,

[20] En este caso se trata de las jubilaciones y/o pensiones originadas dentro del país, aquellas provenientes de otro(s) país(es), las indemnizaciones recibidas de seguros contra riesgos a terceros, las indemnizaciones por accidentes de trabajo y las indemnizaciones por despido y retiro voluntario.

[21] Se refiere a los donativos provenientes de organizaciones no gubernamentales y a los donativos en dinero provenientes de otros hogares

[22] Incluye beneficio de OPORTUNIDADES, de PROCAMPO, del programa 70 y más, de otros programas para adultos mayores, del programa Alimentario, del programa de Empleo Temporal y de otros programas sociales.

respectivamente. Las marcadas brechas por sexo en el acceso a las pensiones se atribuyen a la mayor participación de la población masculina en el mercado laboral y al hecho de que la seguridad social se circunscribe al empleo formal. Se trata de cohortes de mujeres que transitaron sus años de vida activos y laborables cuando la participación de la mujer en las actividades económicas era limitada debido a condiciones de orden social. A ello se agrega que históricamente se les ha responsabilizado del trabajo doméstico y el cuidado de los integrantes del hogar, actividades que limitan su participación en el mercado laboral.

Respecto a los beneficios gubernamentales, en la c1947-1956, 18.9% de la población recibe ingresos por esta vía. Estos recursos económicos son importantes sobre todo para la parte urbana, 37.1% de los hombres y 68.6% de las mujeres son beneficiarios. En la c1937-1946, el 53.7% de la población recibe estos beneficios. En las zonas rurales 79.9% de los hombres y 90.5% de las mujeres reciben ingresos a través de programas de gobierno, entre los cuales destaca el "Programa 70 y más". En la c1917-1936, el 62.6% de las personas reportan ingresos por esta fuente. Además, las cifras muestran que en las localidades rurales 92.0% de los hombres y 96.1% de las mujeres reciben este tipo de recursos. En las localidades urbanas los porcentajes son 44.5 y 51.5%, respectivamente.

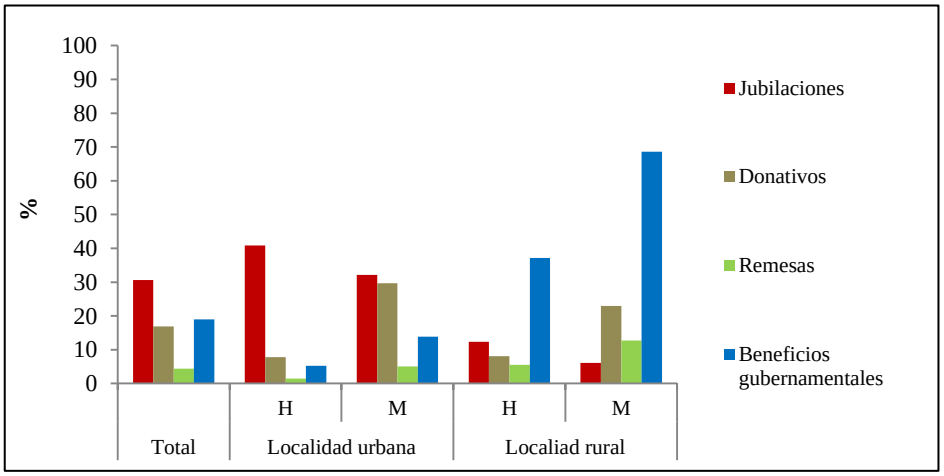
La familia es una institución que habitualmente cumple con las funciones de apoyo económico en la vejez, producto de los lazos de afecto y comprensión. En la actualidad el apoyo que otorgan las familias es una fuente importante de recursos, aunque se debe tomar en cuenta que se trata de recursos que están restringidos a la capacidad socioeconómica de las familias y el tipo de relaciones familiares construidas a lo largo de la vida.

La ENIGH 2014 permite identificar los ingresos por donativos y remesas. Las cifras muestran que 16.9 % de la c1947-1956 recibe donativos, los que son particularmente importantes para la población femenina. 29.7% de las mujeres en localidades urbanas y 23.0% en las rurales reciben ingresos de organizaciones no gubernamentales y de otros hogares. En la c1937-1946, el 21.4% de la población recibe donativos, estas cifras son 33.9% entre las mujeres urbanas y 20.9% entre las mujeres rurales. El porcentaje estimado en la c1917-1936 con este ingreso es 26.2%, se trata de una fuente de ingresos importante entre las mujeres urbanas y rurales, 36.9 y 19.9%, respectivamente tienen ingresos por donativos. Esta fuente de ingresos también es relevante para la población masculina, toda vez que 21.3% de los hombres urbanos y 16.9 % de

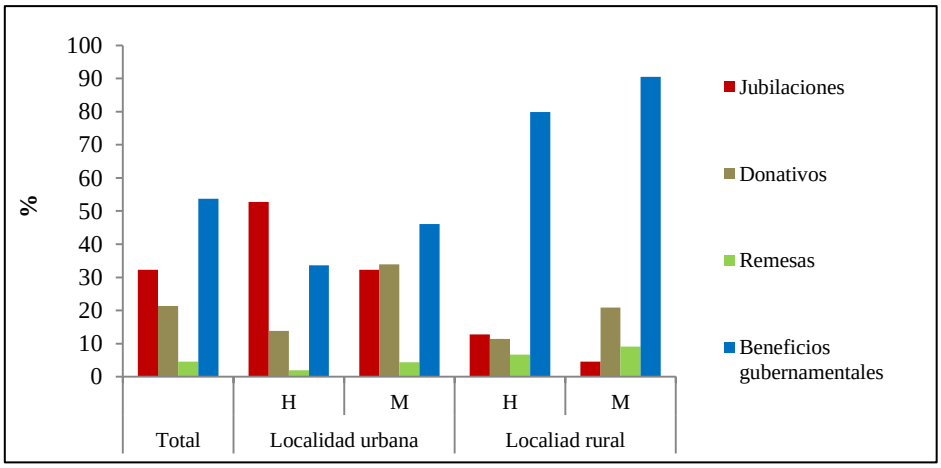
los rurales son perceptores de estos ingresos. Es importante señalar el bajo monto de los recursos, la media mensual fue inferior a 700 pesos.

Los ingresos por remesas adquieren relevancia para grupos específicos de la población. En la c1947-1956, el 12.7% de las mujeres rurales reciben transferencia por esta vía, mientras que en la c1937-1946, este porcentaje es 9.1%. Entre la c1917-1936, el 7.0% de los hombres rurales y 4.7% de las mujeres rurales las consignan.

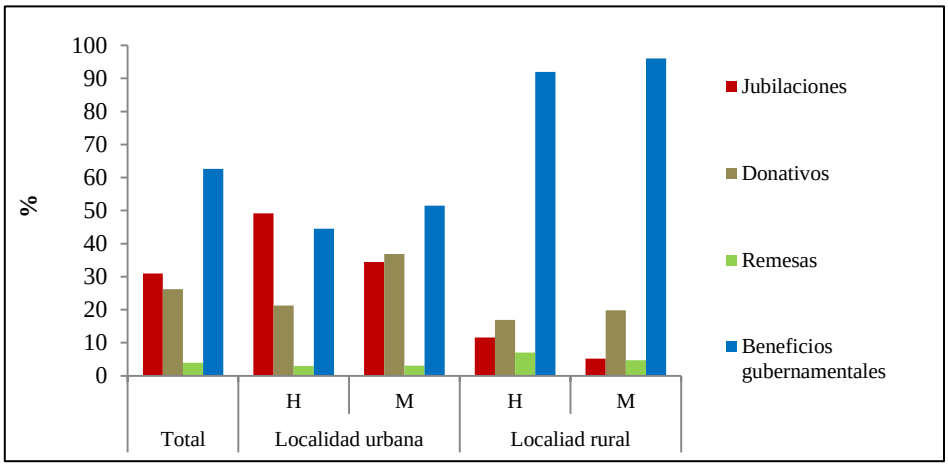
Gráfica 6. Ingresos por transferencias entre la población en edades avanzadas según cohorte. México, 2010



Cohorte 1947-1956



Cohorte 1937-1946



Cohorte 1917-1936

Fuente: Elaboración propia con base en Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2010, INEGI.

CONDICIONES SOCIALES Y ECONÓMICAS

En relación con las futuras cohortes de personas de 60 y más, se espera que progresivamente presenten mayores niveles de escolaridad, en virtud de la expansión en la educación básica y media. Esa creciente escolaridad seguramente modificará los mecanismos de ingresos en la vejez, tocando la actividad económica, las jubilaciones y pensiones, los programas de gobierno y las transferencias.

Respecto a *la necesidad de actividades económicas en la vejez,* La mayor escolaridad permitirá adaptación a las nuevas tecnologías y formas de trabajo que se esperan a futuro. Se plantea así la posibilidad de crear ocupaciones en la vejez que sean productivas, con un ingreso que otorgue independencia y bienestar económico y con acceso a la seguridad social. Se propone así este tema de prospectiva, adelantando hipótesis de programas sobre adaptación, actualización y capacitación al trabajo en el envejecimiento.

Un problema mayor que ya es crítico y sin visos de mejora se refiere a *las escasas e insuficientes pensiones de retiro.* Los bajos niveles de cobertura de la seguridad social y el reducido monto de una pensión ponen en evidencia los vacíos de los sistemas de seguridad social para las cohortes ahora en las edades de 60 y más, pero lo más alarmante es que la situación se agrava aceleradamente para la generaciones futuras en envejecimiento. El panorama desalentador surge de las evaluaciones que ahora se enumeran.

Primero. Hay que señalar la falta de universalidad de la cobertura y la ausencia de solidaridad entre clases sociales y generaciones. En la medida en que el acceso a las pensiones y jubilaciones está ligado con el empleo de tipo formal lo convierte en un esquema regresivo. Las estimaciones de la Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social (ENESS) de 2013 son que sólo 20.9% de la población activa de 15 y más cotizaba o realizaba pagos a las instituciones de seguridad social.

Segundo. Los trabajadores que cotizan a la seguridad social enfrentan varios desafíos. Entre los elementos que más preocupan se encuentra la baja densidad de cotización. La participación en el mercado laboral muestra continuas intermitencias, que se traducen en bajas densidades de cotización. En 2013 el promedio de años de cotización de los trabajadores afiliados al IMSS en relación con los años trabajados fue 44.4% (CONSAR, 2015). Esta cifra indica que si las tendencias se mantienen, menos de la mitad de los trabajadores registrados en una cuenta individual cumplirá con los requisitos de aportación al momento del retiro. Además, el estudio *Panorama de las Pensiones: América Latina y el Caribe*, que elabora OCDE, BM y BID (2014) estima que las tasas de reemplazo futuras para México serán inferiores al 30%.

Tercero. Numerosas fuentes han enfatizado en los altos costos administrativos de las Afores, de acuerdo con Ramírez (2012), en el periodo de 1997 a 2007 los trabajadores sólo recibieron 40% de su rentabilidad, a consecuencia del impacto de las comisiones.

Cuarto. Debe considerarse que bajo el sistema de capitalización individual los montos acumulados se invierten mayoritariamente en deuda gubernamental. De acuerdo con la Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro (CONSAR) al cierre de noviembre de 2015, la inversión de las Sociedades de Inversión Especializada en Fondos para el Retiro (Siefores) en deuda gubernamental fue 51.0%. Son recursos que se destinan mayoritariamente a financiar déficit, ya se gastaron, son sólo deuda, en lugar de dedicarse a la inversión en el sistema productivo.

Quinto. Es un sistema altamente costoso para la sociedad y las finanzas públicas. La cohorte de trabajadores en transición debe ahorrar para su propio retiro y al mismo tiempo contribuir para el pago de las pensiones en curso, aquí se encuentran tanto los pensionados antes de la reforma a los sistemas de pensiones, como los trabajadores asegurados antes de la reforma y que eligieron para su jubilación el esquema de beneficios definidos. Además, los recursos destinados

a las finanzas públicas deben complementar las pensiones mínimas garantizadas. A ello se suman los gastos vinculados con las contribuciones del Estado.

Los aspectos sociales y económicos que caracterizan a la población en edades avanzadas son diferenciales por cohorte, debido a las transformaciones sociales, económicas, culturales, políticas y de salud por las cuales han transitado las distintas generaciones, desde su nacimiento hasta alcanzar la vejez. La población que actualmente se encuentra en las edades avanzadas nació durante las primeras cinco décadas del siglo XX, cuando las condiciones eran completamente distintas a las que prevalecen actualmente, en un proceso que los llevó de las edades iniciales al envejecimiento y sus características económicas.

BIBLIOGRAFÍA

Banco Interamericano de Desarrollo (BID) (2015). *Panorama de Pensiones: América Latina y el Caribe*. OCDE/Banco Mundial/BID.

Bloom, David, David Canning y Jaypee Sevilla (2003). *The Demographic Dividend: A New Perspective on the Economic Consequences of Population Change*. Santa Monica, California: RAND, MR-1274.

Cárdenas, Enrique (1994). *La hacienda pública y la política económica, 1929-1958*. México, DF: Fondo de Cultura Económica.

Cárdenas, Enrique (1994). *La política económica en México, 1950-1994*. México, DF: Fondo de Cultura Económica.

Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro (Consar) (2015). *Diagnóstico del Sitema de Pensiones*. México, DF: Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval) (2015). Medición de la Pobreza. Disponible en internet: http://www.coneval.gob.mx/Medicion/MP/Paginas/Lineas-de-bienestar-y-canasta-basica.aspx (Último acceso: 20 de marzo de 2015).

Blanco, Alonso (1994). Envejecimiento en México: educación y condiciones de vida. *Tesis de Maestría en Población*. El Colegio de la Frontera Norte.

Burholt, Vanessa y Gill Windle (2006). *The material resources and well-being of older people*. York, Reino Unido: University of Wales Bangor.

García, Brígida y Edith Pacheco (2011). La participación económica en el censo de población 2010. *Coyuntura Demográfica*, 1. pp. 35-38.

González-González, César y Rebeca Wong (2014). Impacto de la salud: análisis longitudinal del empleo en edad media y avanzada en México. *Papeles de Población*, 20(81). pp. 89-120.

Greaves, Cecilia (2010). La búsqueda de la modernidad. En D. Tanck de Estrada (Coord.). *Historia mínima de la educación en México*. México, DF: El Colegio de México. pp.188-216.

Ham, Roberto (2003a). *El envejecimiento en México: el siguiente reto de la transición demográfica*. México, DF: El Colegio de la Frontera Norte/A.C-Miguel Ángel Porrúa.

Ham, Roberto (2003b). Actividad e ingresos en los umbrales de la vejez. *Papeles de Población, 9* (37). pp 167-191.

Huenchuan Sandra y José Guzmán (2007), "Seguridad económica y pobreza en la vejez: tensiones, expresiones y desafíos para el diseño de políticas", *Notas de Población*, 83. pp 101-125.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2010), *Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares*. Disponible en internet: http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/Proyectos/Encuestas/Hogares/regulares/Enigh/Enigh2010/tradicional/default.aspx (Último acceso: 27 de abril de 2015).

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2010), *Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo*. Disponible en internet: http://www3.inegi.org.mx/sistemas/microdatos/encuestas.aspx?c=34523&s=est (Último acceso: 16 de octubre de 2015).

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2013), *Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social*. Disponible en internet: http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/encuestas/hogares/modulos/eness/eness2013/default.aspx (Último acceso: 16 de octubre de 2015).

Loyo, Engracia (2010). La educación del pueblo. En D. Tanck de Estrada (Coord.), *Historia mínima de la educación en México*. México, DF: El Colegio de México. pp.154-187.

Mojarro, Octavo (2009). Los dividendos demográficos de México: segunda y ¿última llamada?. En Memorias del Foro Nacional *Las políticas de población en México. Debates y propuestas para el Programa Nacional de Población, 2008-2012*. México, DF: Consejo Nacional de Población. pp. 275-281.

Nava Isalia y Roberto Ham (2014). Determinantes de la participación laboral de la población de 60 años o más en México. *Papeles de Población,* 20(81). pp. 59-87.

Ortiz, Antonio (1998). La concepción de la política económica y sus resultados, 1958-1970. En Antonio Ortiz. *El desarrollo estabilizador: reflexiones sobre una época*. México, DF: El Colegio de México/Fideicomiso Historia de las Américas/Fondo de Cultura Económica. pp. 40-57.

Ramírez, Berenice (2012). Las características y dinámica del empleo y su impacto en la seguridad social. En Berenice Ramírez y Roberto Ham (Coord.). *Encrucijadas, prospectivas y propuestas sobre la seguridad social en México*. México, DF: Universidad Nacional Autónoma de México/El Colegio de la Frontera Norte. pp 129-138.

Rendón Teresa y Carlos Salas (1993). El empleo en México en los ochenta: tendencias y cambios, *Comercio Exterior* 43 (8). pp 717-730.

Ryder, Norman (1965). The Cohort as a Concept in the Study of Social Change. *American Sociological Review,* 30 (6). pp. 843-861.

Solís, Leopoldo (1999). *Evolución de la economía mexicana*. México, DF: El Colegio Nacional.

Solís, Leopoldo (2000). *La realidad económica mexicana: retrovisión y perspectivas*. México, DF: Fondo de Cultura Económica/ El Colegio Nacional.

Weiss, Robert, Scott Bass, Harley Heimovitz y Masato Oka (2005). Japan´s silver human resource centers and participant well-being. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 20 (1). pp. 47-66.

VIII

CONCLUSIONES Y PROPUESTAS SOBRE LAS PERSPECTIVAS DEL ENVEJECIMIENTO

Roberto Ham Chande

INTRODUCCIÓN

El tema del envejecimiento de la población de México ya tiene lugar primordial en la agenda de la investigación académica y los programas de docencia; se considera en la planeación económica; es gran preocupación para los sistemas de pensiones de retiro; es imperante en la conformación de los sistemas de salud que están siendo rebasados; está en las perspectivas sociales y cuál es el futuro de las relaciones intergeneracionales; y es parte de los intereses políticos y los programas sociales para grupos vulnerables. El interés por atender al envejecimiento es alto porque en todos esos ámbitos falta mucho por hacer, incluyendo identificar las áreas críticas y coordinar las intervenciones. Esto se debe a que es un proceso con características propias de nuestro contexto social y económico, lo que agrega la tarea de ajustar nuestro conocimiento y planeación al envejecimiento cuando todavía subsisten otras necesidades apremiantes que lograr el desarrollo y bienestar. Entre las particularidades del envejecimiento en nuestras condiciones destacan, por una parte, la rapidez con la que se está dando el proceso, y por otro lado que está sucediendo en condiciones de un desarrollo intermedio de inaceptable desigualdad social y económica, en el que imperan las incertidumbres sobre qué modelo económico seguir, qué mejoras sociales abordar y cómo mejorar las formas de gobierno.

En los intentos de avanzar en las explicaciones de los antecedentes del envejecimiento demográfico y avizorar sus consecuencias del envejecimiento se llevó a cabo el proyecto "Prospectivas sociales, económicas y de salud por cohortes de la población envejecida". Este libro es una glosa de los resultados principales y documentados de esta actividad de grupo, según se presentaron en los anteriores capítulos. Además y producto del mismo proyecto, en este capítulo de conclusiones y perspectivas, se identifican propuestas para continuar con el necesario desarrollo del tema. Se puntualiza aquí en las actividades de los talleres realizados valoramos la constante reconsideración de los temas en estudio y el surgimiento de nuevas preguntas de investigación, parte de las cuales se expresan en este último capítulo y que de hecho son las aportaciones más importantes.

Esta obra está dividida en capítulos para organizar los diversos temas desarrollados. Sin embargo, desde sus diversas disciplinas y trabajo para sus instituciones de afiliación, el fin común de los participantes dentro de este proyecto es avanzar en el diagnostico y estado del proceso de envejecimiento como fenómeno demográfico y social para analizar cuáles han sido sus causas y evaluar los efectos posibles para el futuro de la sociedad mexicana. El método de trabajo fue el normal, en el cual cada idea, propuesta y desarrollo fueron planteados, elaborados y comentados por todo el grupo y por los ocasionales invitados a los talleres y seminarios cuando se tuvieron reuniones internacionales. De esta manera todos los participantes principales, tuvieron alguna opinión valiosa en cada uno de los capítulos. En esta publicación se menciones como autores solamente a los investigadores responsables y líderes en el tema de cada capítulo.

LA DEPENDENCIA EN EL ENVEJECIMIENTO

El comienzo natural de los trabajos del proyecto fue revisar la dinámica de población a partir del inicio del siglo pasado que desde que se cuenta con censos modernos y la serie de estadísticas demográficas que en mucho se han revisado y estudiado incluyendo sus componentes históricos y que para México fueron tan sustanciales. La siguiente mirada es a partir de la mitad del siglo, cuando se percibió la importancia de la dinámica de población para el desarrollo y bienestar para así gestar los cambios para la transición demográfica, que sin que en esos momentos se hicieran consideraciones de que se tendría al envejecimiento como consecuencia. Ya en el siglo XXI las perspectivas muy conscientemente sólo consideran una perenne situación de envejecimiento. Con ese destino demográfico también son inexorables las características definitorias de la vejez, incluyendo el concepto central y preocupación de la *dependencia.* En estas circunstancias, se toma en cuenta que la idea de dependencia tiene mucho de intuitivo, con poca funcionalidad y lo común ha sido considerar que a partir de cierta edad, entre reflexionada y arbitraria, ya se está en la *tercera edad* y ya se es dependiente. Sin embargo, el concepto debe formalizarse en términos de conceptos, definiciones, acepciones, aplicaciones y evaluaciones que realmente tengan significado y sean operativas. En esta tarea, las primeras tareas llevan a percatarse que la materia no es trivial pues son varios los tipos de dependencia, con diferentes causas y distintos efectos, y que están en función directa de condiciones sociales, económicas y de la salud pública. Lo que en esta publicación se presenta sobre estas materias son inicios más allá de lo trivial de la tercera

edad y como parte de los resultados del proyecto se plantea y argumenta la necesidad de definir y clasificar a la vejez y a la dependencia con mejores propuestas y avances.

Durante este proyecto en los varios seminarios y las muchas ocasiones de colaboración que se realizaron, de manera implícita o explícita, las más de las veces diluidas entre argumentos y comentarios, se identificaron temas sobre dependencia y vejez, algunos de los cuales se proponen para incluirse en esta línea de investigación bajo las siguientes preguntas. ¿Quién es dependiente? ¿Cuál es la dependencia? ¿Cómo se origina? ¿Qué tan severa es? ¿Sobre quién recae? ¿Qué tan bien se resuelve? ¿Cuáles son sus prospectivas? Estas preguntas no tienen un orden jerárquico ni tampoco independencia una de la otra. Más bien deben hacerse simultáneamente ya que se relacionan fuertemente unas con otras. La moción ahora es que se organicen como temas, hipótesis y metodologías de investigación para el avance y continuación a futuro a partir de las ideas revisadas y lo plataforma de los logros y experiencias. Así, en una primera aproximación a los tipos de dependencia identificamos seis grandes temas. +++

1. *La salud y la necesidad de atención y prevención de enfermedades crónicas y discapacitantes*. Bien puede decirse que los aspectos de la salud y la homeostasis biológica son el origen de todas las demás condiciones de la vejez que causan dependencia, incluyendo, desde luego, las propias condiciones de salud y discapacidad.
2. *El predicamento de las pensiones de retiro*. Las pensiones de retiro no se plantean como problema, sino más bien como predicamento pues son sistemas que tal como están económicamente no pueden cumplir con los compromisos adquiridos, en cualquiera de los escenarios que se han planteado y que ya se han evaluado y diagnosticado. La salida necesariamente implica que un gran movimiento político y social convenza a los participantes en el sistema que todos algo tienen que ceder.
3. *Cuidados de largo plazo*. Las necesidades de atención a la vejez que requieren cuidados de largo plazo son absolutamente fundamentales, con la contrariedad de que es un asunto en extremo descuidado. Requiere evaluaciones de lo que se requiere y, sobre todo, de que entes o personas son los potencialmente proveedores de estos cuidados.
4. *Costos y financiamiento*. Una manera para todos entendible de la magnitud de la dependencia es traduciendo sus requerimientos en valor monetario. La más fácil de todas para generar este indicador es el sistema de pensiones, el que de hecho siempre ha estado evaluado, en el pasado siempre se indicó que bajo el perenne déficit financiero llegaría el

momento de la imposibilidad de pagarlo, como se comenta en el punto 2 de esta sección. El siguiente costo apabullante será el costo de la atención a la salud, el que en las condiciones actuales puede estimarse que sea mayor que las pensiones. Asimismo, el costo de los cuidados de largo plazo también son mayores, como se deja ver cuando se utiliza el concepto de *cuentas satélite* y se asigna un valor monetario a las actividades de los cuidos informales.

5. *Relaciones intergeneracionales*. En este punto se puede volver a la definición "demográfica" de dependencia por vejez y que relaciona el número de personas de 60 y más o de 65 y más o cualquier otra "x" y más por cada 100 gentes de 15 a 64. Se trata de una relación entre generaciones, donde la relación supone que los mayores dependen de los adultos para subsistir con bienestar. Esa simpleza del supuesto incluyendo las edades propuestas tiene poco sentido y menos aplicabilidad. Lo que se propone ahora es afinar los conceptos de dependencia para encontrar modelos cuantificables de relaciones intergeneracionales que incluirán el motivo de la dependencia, el tipo de transferencias y su cuantificación.
6. *Nivel socioeconómico y la solidaridad entre clases sociales*. Gran parte de la seguridad social y del apoyo institucional a la vejez es un esquema de solidaridad obligada. Esta ayuda o protección en ocasiones no es una transferencia entre generaciones sino que es entre clases sociales. Desafortunadamente, parte importante de las pensiones públicas también acarrean injustas transferencias de los más pobres a los más afortunados a través de impuestos o carencias. Este es un tema que se debe delimitar y medir.
7. *Proyecciones y escenarios*. Toda programación, planeación o intento de prevenir o mejorar condiciones, como lo mucho que debe hacerse ante el envejecimiento, implícitamente o explícitamente se refiere al futuro. De esta manera otro capítulo a seguir es la elaboración de escenarios que sean significativos y susceptibles de aquilatarse en sus consecuencias, buenas o malas, para el futuro. Las herramientas de cómputo salidas de este proyecto se probarán en su aplicabilidad al planteamiento, evaluación y construcción de programas y políticas. Esta posibilidad va a requerir con gran énfasis la participación interdisciplinaria de individuos e instituciones.

Como proceso demográfico el envejecimiento está suficientemente delimitado y previsto, pero requiere que se avance más los enfoque propuestos, los cuales deben considerar que son temas interdependientes.

DE LOS CICLOS DE VIDA AL ESTUDIO POR COHORTES

Un aspecto reconocido como crucial en el estudio del envejecimiento individual es el de la vejez como la etapa de la vida que resulta de las experiencias e influencias de todas las etapas anteriores. Este enfoque se esquematiza en el siguiente diagrama sobre los ciclos de vida y el envejecimiento. En la parte superior del diagrama se mencionan sólo unos pocos de los factores que afectan su cada etapa de vida, se reflejan en las siguientes etapas, y así hasta tener consecuencias, favorables o adversas cuando se llega a la vejez (Gutiérrez-Robledo, 2015). En realidad los factores intervinientes son de todo tipo, se cuentan por miles, y algunos tan importantes como la *nutrición* y el *nivel socioeconómico* (NSE) debe considerarse que abarcan todas las etapas.

•Genética •Atención prenatal	•Familia •Escolaridad •Episodios de salud	•Hábitos •Preparación •Ocupación •Familia •Morbilidad	•NSE y carga alostásica •Hábitos •Terapéutica •Apoyos	
Gestación y nacimiento	Infancia y adolescencia	Juventud y edad adulta	Tercera edad y transición	Vejez y dependencia

En la última etapa de la pre-vejez y la vejez de este esquema se agrega el nivel socioeconómico (NSE) por el efecto que tienen las condiciones socio-económicas sobre la carga alostásica (incapacidad acumulada para recuperar el equilibrio biológico) en la vejez. Esta mención es importante pues algo que interviene fuertemente en las condiciones de la vejez es la desigualdad social y económica y la relación que se propone es sobre las características de salud y funcionalidad en el envejecimiento.

En términos colectivos estas etapas se tratan a través del estudio de supervivencia y estudio por cohortes, donde lo que se destaca son las circunstancias históricas que han determinado los eventos sociales, las condiciones económicas y los estados de la salud pública. En este caso la información fue muy limitante y se pudo seguir algunas cohortes decenales de nacimiento, las que delimitaron grupos decenales de edad a partir de las edades de 60 y más. La base son las

cifras de los censos generales de población y vivienda en sus conciliaciones y adecuaciones estadísticas. La narrativa indica cómo después de la pacificación del país ya que pasaron las hostilidades de la Revolución Mexicana, se establecieron acciones de salud pública, sistemas educativos y avance social y económico que devinieron en mayor supervivencia y longevidad. Sin embargo, lo que se ofrece dista de ser completo y requeriría de mejores análisis sobre las relaciones entre condiciones socioeconómicas y estados de salud (Rojas-Huerta, 2014).

No existe la información histórica que pueda ligarse a cuantificaciones de incidencias, prevalencias y mortalidad y que explique cómo fue la correlación de las transiciones demográfica y epidemiológica con el desarrollo social y económico. Una pregunta que surge es si ese análisis histórico puede construirse para agregar explicaciones a la trayectoria de la salud y el envejecimiento. De cualquier manera, una sugerencia para la investigación del futuro es la realización de encuestas retrospectivas a personas en edades mayores que en algo rescate ese pasado. Habrá que considerar que bajo este procedimiento es sólo posible estudiar sobrevivientes y que las respuestas mucho se matizan por la capacidad de la memoria (Auriat, 1996) y los sesgos personales, muchas veces inconscientes.

EL TEMA PRIORITARIO DE LA SALUD

Es necesario insistir, con la posibilidad de que se repita la sensación de pesimismo, que lo que hace social y económicamente importante al tema del envejecimiento no es otra cosa que no sea la vulnerabilidad y dependencia de este grupo. También se debe insistir en que la fuente de todas las fragilidades y los riesgos de la vejez está en las condiciones de salud y al hecho que se deterioran en correlación con el avance en la edad. Asimismo, la morbilidad y la incapacidad en sus períodos no letales serán el aspecto del envejecimiento que traerá las mayores consecuencias económicas y sociales. En el caso de México la situación actual es de una decidida tendencia hacia las enfermedades no transmisibles y discapacitantes, pero aún con presencia de enfermedades transmisibles debidos a rezagos y desigualdades. Las estadísticas permiten distinguir que la morbilidad y la dificultad para realizar actividades de la vida diaria tienen diferencias al considerar la cohorte de nacimiento, el sexo y el tamaño del lugar de residencia. El grado de urbanización del lugar de residencia es una aproximación a la condición socioeconómica, incluyendo la disponibilidad de atención a la salud.

El acelerado proceso de envejecimiento que se dará en los siguientes 35 años, las difíciles condiciones económicas y sociales prevalecientes en México, junto con los cambios en los patrones de morbilidad-mortalidad (mayor prevalencia de enfermedades crónicas, mayor esperanza de vida y más años con discapacidad), hacen suponer que los escenarios de la situación de los adultos mayores serán complicados. A partir de lo aquí diagnosticado, las siguientes evaluaciones deben ahondar en los antecedentes de salud y su correlación con las condiciones de vida para construir escenarios informados sobre la epidemiología de le vejez por venir. De lo descrito se sugiere que se consideres las diferencias que existen por diferentes grupos de edad, sexo y tamaño de localidad, con lo cual se identifican grupos a los cuales hay que poner atención por las desventajas de salud que presentan. Las metas son las de optimizar La inversión de los escasos recursos en programas de prevención y atención de la salud en la vejez (González-González, 2014).

En el estudio de la salud como proceso ligado al avance en la edad son muy importantes e ilustrativos los enfoques longitudinales, como lo han mostrado algunas investigaciones que han hecho historia en el campo tanto clínico como de epidemiológico. Esto tiene su expresión en la investigación sobre el envejecimiento, para lo cual debe contarse con las encuestas de seguimiento longitudinal.

MORTALIDAD Y LONGEVIDAD

Después de los efectos no letales, las enfermedades crónicas y discapacitantes finalmente terminan causando la muerte, con la mortalidad ocurriendo cada vez más a edades cada vez más avanzadas, como se deja ver en el desplazamiento de la edad modal a la muerte. El panorama descrito sobre la mortalidad en la vejez da cuenta de la importancia de las causas de muerte, a lo que debe agregarse la evaluación del camino seguido en el proceso de salud, enfermedad y muerte en relación con los ciclos de vida, el contexto socioeconómico y los antecedentes de salud. Se plantea así la necesidad de elaborar sobre las tendencias a la compresión de la mortalidad y los que patrones que sigue incluyendo sus parámetros. Estos son las estimaciones de sobrevivencia luego de los primeros cinco años de vida, la sobrevivencia a edad avanzada, la longevidad a través de la edad modal a la muerte y la desviación estándar bajo la distribución normal. Estos parámetros serán diferentes por sexo y por nivel socioeconómico (Agudelo, 2014).

En los estudios sobre mortalidad parte importante son las interpretaciones a través de los cambios en las esperanzas de vida y el modelaje matemático del proceso de mortalidad. En este sentido se procura encontrar los parámetros que describan los patrones de mortalidad en México y en América Latina. Para formalizar este planteamiento el cuadro 1 muestra las esperanzas de vida de 1980 a 2010 por sexo con la pregunta principal de cómo interpretar el estancamiento y quizá descenso de las esperanzas de vida de 2000 a 2010.

Cuadro 1. Esperanza de vida a partir de 60 años y sus ganancias por sexo. 1980-2010

Esperanza de vida HOMBRES					Esperanza de vida MUJERES				
	Año					Año			
Edad	1980	1990	2000	2010	Edad	1980	1990	2000	2010
60	18.8	20.8	21.4	20.9	60	20.6	22.2	23.0	23.0
65	15.6	17.3	17.9	17.4	65	16.9	18.4	19.2	19.2
70	12.8	14.2	14.7	14.2	70	13.7	14.9	15.7	15.6
75	10.2	11.3	11.8	11.3	75	10.7	11.6	12.5	12.4
80	8.2	9.2	9.4	8.9	80	8.2	9.0	9.7	9.6
85	6.0	7.4	7.3	7.0	85	5.8	6.6	7.3	7.4
Ganancias en la Esperanza de vida HOMBRES					Ganancias en la Esperanza de vida MUJERES				
	Periodo					Periodo			
Edad		80-90	90-00	00-10	Edad		80-90	90-00	00-10
60		2.0	0.5	-0.5	60		1.6	0.8	0.0
65		1.7	0.5	-0.5	65		1.4	0.8	0.0
70		1.4	0.5	-0.5	70		1.2	0.8	-0.1
75		1.1	0.5	-0.4	75		0.9	0.9	-0.1
80		1.1	0.1	-0.5	80		0.8	0.7	-0.1
85		1.3	-0.1	-0.3	85		0.8	0.7	0.1

Fuente: Cálculos propios a partir de la información INEGI/SSA

En primera instancia, se observa que hubo un incremento en la esperanza de vida, tanto de hombres como de mujeres, durante la década de 1980 para cada edad, un aumento marginal de menos de un año para el periodo 1990-2000, y finalmente para la primera década del presente siglo, un estancamiento para el caso femenino y pérdida de alrededor de medio año para cada edad de los varones. Así, en 1980 un hombre podía esperar vivir casi 19 años más a la edad de

60, mientras que las mujeres casi 21 años más. En 2000 las esperanzas de vida a los 60 años habían aumentado a 21.4 y 23 años respectivamente para hombres y mujeres; para la década de 2000 a 2010 las esperanzas de vida masculinas presentaron un retroceso, fenómeno que afectó a toda la población, no únicamente a la población envejecida, mientras que las mujeres no presentaron un cambio importante, o apenas una disminución apenas perceptible de 0.1 años para las edades de 70 y posteriores. Este fenómeno es consistente con lo encontrado por Cánudas-Romo et al (2014), en donde se concluye que la esperanza de vida al nacer de los hombres ha disminuido debido principalmente a los homicidios particularmente entre las edades 15 y 50 y a la diabetes para los mayores de 45 (González-Ramírez, 2015).

El panorama de la mayor longevidad y las causas de muerte en la vejez hace visible el enorme reto institucional, social, económico y cultural que se plantea frente al envejecimiento poblacional. Tiene implícito la necesidad de procurar condiciones óptimas su salud y garantizar autonomía en las edades mayores. El actual esquema de salud para los adultos de 60 y más es limitado, con un enfoque primordialmente curativo y circunscrito a los servicios médicos. A la fecha son pocos los programas continuos dirigidos a este segmento de la población y solo se restringen a atender algunos pocos padecimientos, los menos costosos. Tampoco existe un modelo de atención que integre los servicios de salud en todos los niveles y los cuidados otorgados de manera formal e informal. Mucho menos se han diseñado e instaurado mecanismos de protección social y financiera que aseguren atención a la salud en la vejez (Agudelo, 2014).

NO DESCUIDAR LOS CUIDADOS DE LARGO PLAZO

Lo expuesto sobre la necesidad de cuidados de largo plazo y cuáles son las respuestas, tiene antecedentes en los países desarrollados. La impresión general y documentada es que incluso en esos países se carece de estrategias de cuidados de largo plazo y de programas de apoyo a los cuidadores no-remunerados en el hogar. Así se percibe la necesidad de continuar con investigaciones y acciones más a fondo sobre este tema en las circunstancias de México y que se deriven en una mejor planificación de cuidados y atención a la población envejecida, incluyendo la muy necesaria ayuda a los familiares que se encargan de cuidarlos. De gran importancia será contar con diagnósticos que estimen los costos de apoyos y cuidados brindados por los integrantes del hogar, incluyendo los costos de oportunidad incurridos al cuidar y apoyar a familiares envejecidos y así dependientes. De igual manera, es necesario llevar más allá las

investigaciones buscando complementos que permitan indagar con mayor detalle otros factores que determinan cómo se asignan las tareas y responsabilidades de los cuidados. Un ejemplo conspicuo es preguntarse por qué el deber de los cuidados se concentre en mujeres en los extremos de nivel educativo, es decir en aquellas mujeres sin educación formal y aquellas que cuentan con un grado de educación superior (López-Ortega, 2014).

La nueva estructura demográfica y familiar incide en el apoyo que otorgan las familias ya que para la mayoría existen restricciones en la capacidad económica y también influyen el tipo de relaciones familiares construidas a lo largo de la vida. Todavía no se percibe el efecto sobre los lazos familiares y a la familia como mecanismo de apoyo en la vejez de parte del incremento y presencia de nuevos patrones de migración, los crecientes niveles de urbanización que conducen hacia las megalópolis, los cambios culturales y sociales, todos elementos que vienen con un mundo cada vez más globalizado. Los supuestos actuales tienden a que todos los anteriores son elementos que debilitan las estructuras familiares y el apoyo a la vejez (Nava-Bolaños, 2015).

CONDICIONES SOCIALES Y ECONÓMICAS

Los diversos enfoques sobre el envejecimiento y sus interrelaciones provocan varias interrogantes acerca de los problemas y oportunidades que se esperan a futuro para la población en edades mayores. En esta parte se elabora sobre el interés acerca de las condiciones sociales y económicas con la pregunta particular de ¿qué es lo que se puede hacer para garantizar los recursos económicos de las futuras generaciones en la vejez? Más que estimar cuantificaciones sobre transferencias intergeneracionales, el enfoque de los *dividendos demográficos* plantea que las sociedades pueden invertir en desarrollo económico durante el periodo en el que las razones de dependencia demográfica se mantienen a la baja. La mayor participación de la población en edades activas y laborales libera recursos que pueden destinarse hacia la inversión en capital humano y el ahorro. Este paso es la formación de lo que se designa como *primer dividendo demográfico*. Como parte de la transición demográfica este primer dividendo es de carácter transitorio, pero que sirve de base necesaria para logra el posible *segundo dividendo demográfico,* en la medida en que la infraestructura originada por el primer dividendo logra mayor productividad y que la población permanezca más tiempo en el mercado laboral y con incentivos para incrementar ahorro y acumular activos, en recursos cuya inversión fortalezca la

economía (Bloom *et al*., 2003). La formación de los dividendos demográficos no es automática, depende de la implementación de políticas adecuadas y de la presencia de instituciones eficientes. Es importante enfatizar que el consumo de las futuras cohortes en edades avanzadas deberá cubrirse a través de la producción y los servicios que ofrezca la población activa de ese momento, de allí la necesidad de generar desarrollo económico. Aunque para México ya se ha diagnosticado el desperdicio del primer dividendo, la propuesta es que debe retomarse en la potencialidad que le reste y evaluar sus efectos sobre el segundo dividendo (Nava-Bolaños, 2014).

PROSPECTIVAS Y CONSTRUCCIÓN DE ESCENARIOS

Ya que las explicaciones y mediciones del proceso de envejecimiento se encuentran en los cambios esperados de los tamaños y las estructuras por edad y sexo de la población, una tarea fundamental es la actualización y afinación de las proyecciones de población. No se trata sólo de lograr mejores pronósticos de los eventos demográficos por venir[23], sino más bien de evaluar los efectos a futuro de factores que eventualmente admitan variaciones programadas y que se reflejen en escenarios esperados. La relevancia está en convertir supuestos de proyecciones en guías, no sólo convenientes sino definitivamente necesarias para el diseño de las políticas socioeconómicas y de la salud en torno al envejecimiento.

Un aledaño inmediato a las proyecciones de población y sus expresiones sobre el envejecimiento, es la construcción de prospectivas y escenarios con la posibilidad de asociarlos a situaciones socioeconómicas o de salud determinadas como hipótesis o supuestos de programas y políticas.

Bajo esta orientación, un tema específico y relevante es el de las relaciones entre generaciones en su aplicación a la seguridad social y los sistemas de pensiones, como parte de la seguridad económica en la vejez y de la protección social (Rojas Huerta, 2012). Con el potencial de escenarios demográficos se cuenta con un marco para evaluar prospectivamente el sistema de

[23] En las proyecciones de población se tiene la ventaja de que la mortalidad y la fecundidad muestran tendencias y patrones de comportamiento que las hace susceptibles de modelaje matemático aprovechable en proyecciones paramétricas que resultan aceptables. Sin embargo, esto no sucede con la migración internacional, decididamente sujeta a factores económicos, sociales y particularmente políticos, que no admiten una parametrización a base de tendencias.

seguridad social involucrando variables sociales y económicas complementarias a las valuaciones actuariales.

En el juego prospectivo una parte importante es la construcción de escenarios epidemiológicos que den cuenta de la prevalencia esperada de enfermedades crónicas, degenerativas e incapacitantes. Parte primordial de estas prospectivas serán los costos de la atención a la salud, la organización financiera y el balance entre el costo y el beneficio de planes preventivos.

En ambos casos de prospectivas, las de la seguridad económica vía pensiones y otros programas de apoyo monetarios, y las de la atención a la salud, se debe considerar el importante tema de los crecientes costos y la certeza de la quiebra financiera. En busca de evitar una crisis de grandes consecuencias se hace necesario por una parte medir las obligaciones a futuro y ajustar flujos financieros, y por otro lado estimar bajo el concepto de los dividendos demográficos cómo van a ser las relaciones económicas entre generaciones con objeto de identificar las políticas macro que hagan sostenible al envejecimiento.

En el caso de México la migración internacional tiene especial relevancia. Un elemento adicional y crucial es la creciente participación "hispana" en Estados Unidos, particularmente la de origen mexicano. Es bien conocido que se trata de un fenómeno casi exclusivamente entre México y Estados Unidos, pero no es tan sabido cómo son sus efectos en las estructuras de población, tanto del envejecimiento como de los dividendos demográficos. Estos efectos se deben ver para México y también para la población de origen mexicano en Estados Unidos, no como áreas separadas sino en interrelación debido a la migración y a las transferencias entre ambos países.

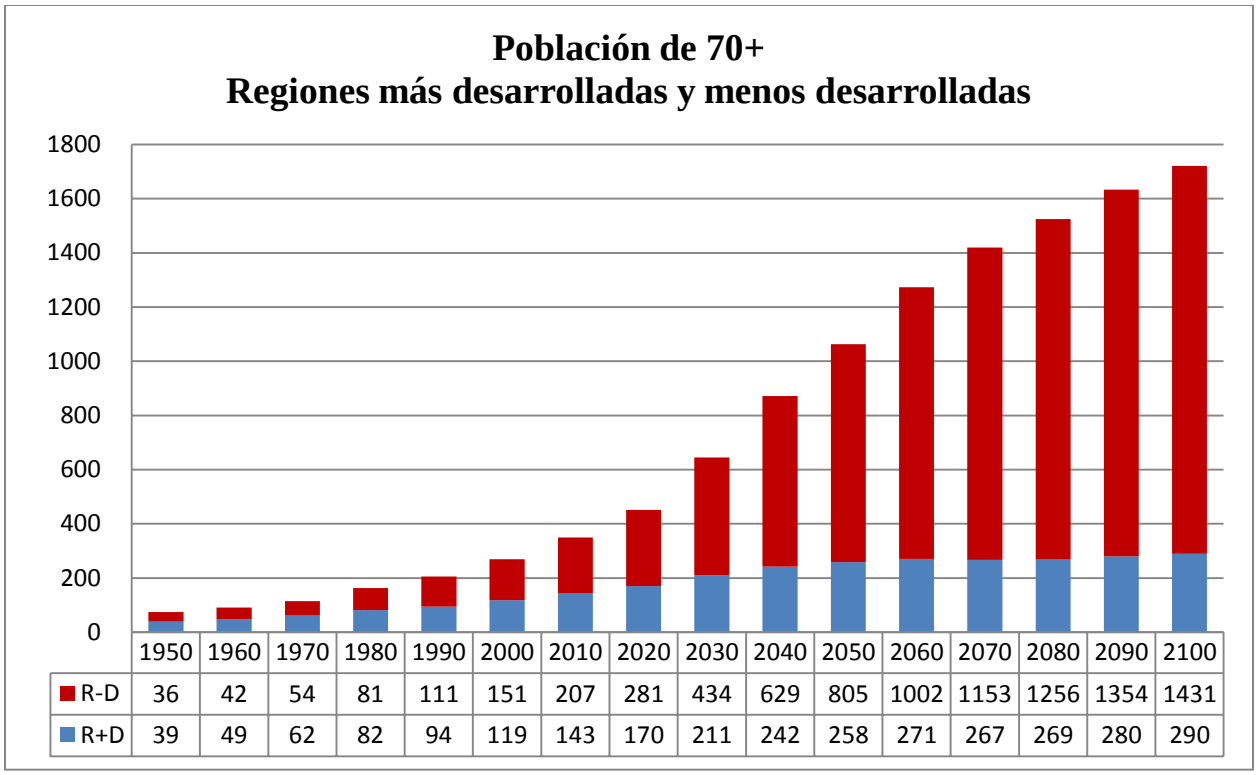
LA COOPERACIÓN SUR-SUR

Toda la población del mundo está en el proceso de envejecimiento, aunque con sendas variaciones. Incluso los regiones de alto desarrollo y ya con tiempo sosteniendo una población envejecida tienen por cierto que a futuro van a envejecer algo más. En el otro extremo, el de las naciones de transición demográfica tardía, con poca población envejecida y de notable atraso en el desarrollo, también van a envejecer lo que se notará a mediano plazo. La gráfica siguiente da cuenta de la población en edades de 70 y más del mundo en cifras de millones de personas. Por

una parte están las estadísticas observadas por la División de Población de Naciones Unidas de 1950 a 2010 y luego se tiene la proyección de 2020 a 2100 en la hipótesis intermedia (Naciones Unidas, 2014). La parte azul corresponde a los países actualmente más desarrollados y lo delineado en rojo es de las naciones al presente menos desarrolladas.

Esta gráfica expresa dos escenarios contundentes. Uno es la importancia que tendrán las magnitudes esperadas en el siglo XXI de la población en envejecimiento, particularmente de las más longevas, aquí representadas por 70 y más. En 1950 eran 75 millones, en 2010 fueron 349 y la proyección lleva a la cifra estimada de 1,063 en 2050 y un inquietante 1,721 a finales del siglo XXI.

El otro aspecto que es aún más impactante es que la mayor parte de esta población de 70 y más estará significativamente en lo que ahora son las regiones menos desarrolladas. Las cifras dicen que de 1950 a 1980 había más personas de 70 y más en las regiones más desarrolladas que en las menos desarrolladas. Pero a partir de 1990 el orden se revierte. En las regiones de mayor desarrollo seguirá el incremento, pero a mitad de siglo comenzará a ser de gran lentitud para llegar a 290 millones en 2100. Por parte de las regiones actualmente menos desarrolladas el crecimiento será enorme, pues en 2020 con el estimado de 281 millones ya se tendrá las cifras esperadas en 2090 en los países más desarrollados. Finalmente con el ascenso el número total de la región menos desarrollada llegará a 1,431 millones a finales de este siglo.



	1950	1960	1970	1980	1990	2000	2010	2020	2030	2040	2050	2060	2070	2080	2090	2100
R-D	36	42	54	81	111	151	207	281	434	629	805	1002	1153	1256	1354	1431
R+D	39	49	62	82	94	119	143	170	211	242	258	271	267	269	280	290

Fuente de información: World Population Prospects, 2012. United Nations

La secuencia inmediata es que el envejecimiento de la población en el mundo será mayormente un tema y responsabilidad de las regiones de desarrollo incompleto, con todas las consecuencias que esto signifique para las oportunidades de llegar al desarrollo completo. Tratar de mejorar la sociedad y la economía incluyendo el bienestar de la población envejecida, ciertamente que es una situación difícil de lograrse ante la complejidad de la tarea. En este sentido es deseable la colaboración internacional comparando experiencias y estrategias en busca de identificar el mejor camino frente a la dinámica demográfica por venir.

Por una parte, la revisión de lo sucedido en las regiones a la vez más desarrolladas y envejecidas algunas enseñanzas pueden proporcionar. Pero la diferencia de contextos socioeconómicos y los tiempos distintos en las transiciones demográfica y epidemiológica limitan la conceptualización, los métodos, las interpretaciones y la aplicabilidad. Esto lleva a sugerir otra parte, en la forma de la cooperación *sur-sur*, aceptando la pseudo-geográfica concepción del *norte* desarrollado en comparación con el *sur* subdesarrollado.

En el caso de México sus regiones de comparación y colaboración tienen dos ámbitos. Uno es México como país de heterogeneidades, donde hay que considerar esta característica y pensar

en el contraste entre sus varias regiones. El otro es América Latina y el Caribe, donde ya se llevan colaboraciones en materias de población entre países de la región, a lo cual se están agregando los temas del envejecimiento. Las colaboraciones se dan mediante organismo como la Organización Panamericana de la Salud (www.paho.org) y el Centro Intereamericano de Estudios de la Seguridad Social (www.ciess.org) y asociaciones profesionales entre las que destaca la Asociación Latinoamericana y del Caribe de Población (www.alapop.org). A nivel de colaboración mundial entre países no desarrollados se encuentra la organización Partners in Population and Development (www. Partners-popdev.org), que con el subtítulo de Inter-Governmental Organization Promoting South-South Cooperation, ha agregado el tema del envejecimiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agudelo Botero, Marcela (2014). Comentarios personales durante los talleres del proyecto 186319 “Prospectivas sociales, económicas y de salud de la población envejecida”.

Auriat, Nadia (1996). *Les defaillances de la mémoire humaine.* Institut National D´Études Démographiques. Presses Univesitaires de France.Paris.

González-González, César (2014). Comentarios personales durante los talleres del proyecto 186319 “Prospectivas sociales, económicas y de salud de la población envejecida”.

González-Ramírez, Raúl (2015). Comentarios personales y cuadro presentado durante los talleres del proyecto 186319 “Prospectivas sociales, económicas y de salud de la población envejecida”.

Gutiérrez-Robledo (2015). Ponencia presentada en el seminario “Strengthening the scientific foundation for policymaking to meet the challenges of aging in Latin America and the Caribbean” organizado por National Science Foundation (Estados Unidos) y la Academia Nacional de Medicina. México, DF 28 y 29 de mayo de 2015. México, DF.

López-Ortega, Mariana (2014). Comentarios personales durante los talleres del proyecto 186319 “Prospectivas sociales, económicas y de salud de la población envejecida”.

Nava-Bolaños, Isalia (2014). Comentarios personales durante los talleres del proyecto 186319 “Prospectivas sociales, económicas y de salud de la población envejecida”.