

SOCIEDAD y ADULTO MAYOR en AMÉRICA LATINA

Estudios sobre Envejecimiento en la Región

SOCIEDAD y ADULTO MAYOR en AMÉRICA LATINA
Estudios sobre Envejecimiento en la Región

Enrique Peláez
(Organizador)

Serie Investigaciones Nº 5

ALAP Editor



The views expressed are those of the authors and do not necessarily reflect those of the United Nations Population Fund.
Las opiniones expresas son de los autores e no necesariamente reflejan aquellas del Fondo de Población de Naciones Unidas.

Primera Edición, 2008, Rio de Janeiro, Brasil
©2008 Asociación Latinoamericana de Población
ISBN: 978-85-62016-04-2

Asociación Latinoamericana de Población

(Consejo Directivo 2007-2008)

www.alapop.org

Presidente:	Dora Estela Celton (Argentina)
Vice-Presidente:	Luis Rosero Bixby (Costa Rica)
Secretaria General:	Suzana Cavenaghi (Brasil)
Tesorería:	Miguel Ramos (Perú)
Vocales:	Edith Alejandra Pantelides (Argentina) Dídimo Castillo (México) Jorge Martínez Pizarro (Chile)
Suplentes:	Rose Mary Salazar (Bolivia) Anitza Freitez (Venezuela) Magda Ruiz Villanueva (Colombia)
Comité Editorial ALAP:	Dídimo Castillo (México) Eduardo Bologna (Argentina) Enrique Peláez (Argentina) Laura Rodríguez Wong (Brasil) José Eustáquio Diniz Alves (Brasil) Eramis Bueno Sánches (México) Alejandro Canales (México)
Comité Científico	Enrique Peláez (Argentina) Jose Miguel Guzman (EE. UU.) Juan Chackiel (Chile) Luis Rosero-Bixby (Costa Rica) Monica Ghirardi (Argentina) Paulo Saad (Chile) Raúl Hernandez (Cuba) Simone Wajman (Brasil)
Diseño de tapa:	Miguel Sablich

Impreso en Editorial Copiar
Ituzaingó 494 / X5000IJJ. Córdoba, Argentina
Tels.: 54 351 4258198 / 1623 / 3155.
editorialcopiar@arnet.com.ar
en el mes de diciembre de 2008

ÍNDICE

Presentación	9
--------------------	---

Primera Parte **ESTUDIOS DE ENVEJECIMIENTO SOCIODEMOGRÁFICO**

Cuba: el estado conyugal de los adultos mayores	17
<i>Raúl Hernández Castellón</i>	
Envejecimiento y diferenciación socioespacial en calidad de vida. La situación en bahía blanca-argentina	39
<i>Nidia Formiga y María Belén Prieto</i>	
Envejecimiento y condiciones de vida de los adultos mayores en Latinoamérica: Comparación de tres países.	69
<i>Enrique Peláez y Bruno Ribotta</i>	
Problemas de Calidad de la Declaración de la Edad de la Población Adulta Mayor en los Censos de America Latina de la Ronda del 2000	89
<i>Dalia Romero y Anitza Freitez</i>	

Segunda Parte **ENVEJECIMIENTO Y SALUD**

Obesidad, envejecimiento y mortalidad en Costa Rica.	117
<i>Luis Rosero-Bixby, Gilbert Brenes-Camacho y Ericka Méndez-Chacón</i>	
Costos individuales esperados de cuidados de larga duración en Buenos Aires, México y Puerto Rico	139
<i>Malena Monteverde, Kenya Noroña, Alberto Palloni y Karina Angeletti</i>	
Redes de apoyo social en la vejez: adultos mayores beneficiarios del componente para adultos mayores del programa Oportunidades	161
<i>Aarón Salinas, Betty Manrique, Martha Ma. Téllez Rojo</i>	

Tercera Parte
TRANSFERENCIAS INTERGENERACIONALES

- Perspectivas da oferta de cuidadores informais da população idosa:
uma análise comparativa entre Brasil e México, 2000-2015183
Álida Rosária Silva Ferreira y Laura Rodríguez Wong
- Chile, Brasil e Equador: uma perspectiva da sobrevivência
dos filhos à velhice das mães no contexto latino-americano.205
Regiane Lucinda de Carvalho y Laura Rodríguez Wong

PRESENTACIÓN

El volumen **Sociedad y Adulto mayor en América Latina. Estudios sobre Envejecimiento en la Región**, título de la Serie Investigaciones No 5, de la Asociación Latinoamericana de Población – ALAP, reúne una selección de trabajos de los Congresos de 2006 y 2008 de la asociación, presentados en las sesiones de Envejecimiento y Transferencias Intergeneracionales del año 2006, la sesión sobre Transferencias intergeneracionales del año 2008, y las sesiones de Envejecimiento Sociodemográfico y Envejecimiento y Salud organizadas por la Red “Estudios sobre Envejecimiento en América Latina”. El libro está organizado en tres partes: la primera reúne textos bajo la temática estudios sobre envejecimiento sociodemográfico, una temática que estuvo presente en el congreso de Córdoba 2008; la segunda parte reúne una selección de trabajos sobre Envejecimiento y Salud, en la que se destaca el aprovechamiento de encuestas específicas sobre envejecimiento y salud que se vienen desarrollando en algunos países de la región; la tercera parte aborda la emergente temática de las transferencias intergeneracionales. Se espera con esta publicación hacer extensa divulgación de los trabajos de investigación de los miembros de ALAP y los estudios sobre envejecimiento en la región.

Primera Parte **Estudios de Envejecimiento Demográfico**

En esta primera parte se presentan cuatro trabajos. El primero de ellos “*Cuba: El Estado Conyugal de los adultos mayores*” desarrollado por Raúl Hernández Castellón del CEDEM. El mismo analiza el estado conyugal de los adultos mayores cubanos que se vincula muy estrechamente con aspectos del desarrollo económico y social. Realiza un análisis de estos aspectos en Cuba a través de las últimas décadas, así como sus diferencias según distintos atributos de población y cambios de roles dentro del hogar. El estudio indaga sobre sus particularidades en diferentes mo-

mentos en el tiempo, su comportamiento por sexo, edades, zonas de residencia y su comparación, con otros países de América Latina.

El segundo trabajo: *“Envejecimiento y Diferenciación Socioespacial en Calidad de Vida. La Situación en Bahía Blanca-Argentina”* de Nidia Formiga y María Belén Prieto de la Universidad Nacional del Sur, Argentina. El trabajo constituye un estudio del proceso de envejecimiento en Bahía Blanca, ciudad intermedia del sur de la Provincia de Buenos Aires, Argentina. En él se analizan las características sociodemográficas de los adultos mayores de la ciudad. En las últimas décadas se observa un proceso de envejecimiento de la población de esta ciudad, vinculado a cambios en la dinámica demográfica. Se establece asimismo una diferenciación socioespacial en la calidad de vida de los adultos mayores según su lugar de residencia, a partir de la relación entre la localización de este grupo etario, con la accesibilidad a la infraestructura y equipamiento de servicios. El trabajo utiliza un Índice-resumen de Calidad de Vida (ICV) para la población adulta mayor del aglomerado urbano de Bahía Blanca, observándose una situación de deterioro de calidad de vida en los adultos mayores se intensifica a medida que se desplaza desde el centro urbano hacia la periferia, tornando más vulnerable la situación de los que disponen de menores recursos económicos, dando lugar a procesos de urbanización informal en áreas sin dotación de infraestructura básica de servicios

El tercer trabajo **“Envejecimiento y Condiciones de Vida de los Adultos Mayores en Latinoamérica: Comparación de tres países”**. El trabajo describe y compara las condiciones de vida de los adultos mayores de 3 países latinoamericanos en distinta etapa de la transición demográfica, como lo son Argentina, México y Bolivia. Se estudia el efecto que ha tenido una década en la cual se aceleró el envejecimiento de la población y la globalización económica, y cómo estos cambios han impactado de diferente manera en la situación sociodemográfica de los adultos mayores de los países latinoamericanos seleccionados. En particular se describen cómo son y cómo han cambiado las condiciones de los arreglos familiares, las condiciones socioeconómicas, la situación educacional y la cobertura de los sistemas previsionales de los adultos mayores latinoamericanos. Las fuentes de información utilizadas han sido los boletines demográficos de Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE) y el Sistema Regional de Seguimiento de Conferencia Internacionales desarrollado también por el CELADE que recopila información de Censos, Encuestas de hogares y datos de organizaciones como UNESCO, OMS, UNICEF, etc.

El cuarto trabajo de este capítulo es “Problemas de Calidad de la Declaración de la Edad de la Población Adulta Mayor en los Censos de América Latina de la Ronda del 2000” de Dalia Romero y Anitza Freytes. En el estudio se analiza la calidad de la información censal de la ronda del 2000 con relación a la declaración de la edad de las personas Adultas Mayores y se compara con la calidad de censos anteriores. Las fuentes de

datos utilizadas son los microdatos de los Censos Nacionales de población y vivienda de cada país correspondientes a la ronda de los años 2000. En el trabajo se analizan a) los cambios de la composición de la población según grandes grupos de edad en las últimas tres décadas; b) la magnitud y la estructura de la población Adulta Mayor en el último censo de cada país latinoamericano c) los índices de Whypple para la población en general y, para grupos específicos de edades evaluando la intensidad de la preferencia de determinados dígitos, especialmente en las edades más avanzadas. En el trabajo pueden confirmarse los problemas de calidad de la información de la edad en los grupos de adultos mayores en la ronda de los censos del 2000, aunque de menor intensidad que en décadas anteriores. Entre los países comparados, los de más errores de la calidad de los datos son Bolivia, Guatemala, México y Ecuador Este último llama especialmente la atención el presentar una proporción de mayores de 80 años superior a todos los países latinoamericanos e, inclusive, países europeos de transición demográfica avanzada. La preferencia de edades (como 60, 80 y 100 años) es otra de las confirmaciones de este trabajo. Con el análisis de los centenarios latinoamericanos se mostró indicios de la exageración de la edad al encontrar adultos mayores, en Brasil y México, de hasta 130 años.

Segunda Parte **Envejecimiento y Salud**

En esta segunda parte se presentan tres trabajos que abordan la temática de envejecimiento y salud utilizando encuestas que se vienen realizando en diferentes países de la región El primero de estos trabajos es **“Obesidad y envejecimiento en Costa Rica”** que estudia la relación entre obesidad, envejecimiento y salud en adultos mayores de Costa Rica con datos del estudio CRELES, “Costa Rica: Estudio de Longevidad y Envejecimiento Saludable”. En comparación con otras poblaciones latinoamericanas, la costarricense ocupa un lugar intermedio. La prevalencia de obesidad es bastante mayor en las mujeres y la obesidad tiende a ser menor en las personas de más edad. Los datos longitudinales de CRELES muestran que esta tendencia es resultado genuino de pérdida de peso de los individuos conforme envejecen, pero también se debe en parte a cambios generacionales ya que en las cohortes más jóvenes hay un claro aumento de obesidad. También se presenta un efecto de sobrevivencia selectiva de personas no-obesas en las primeras edades del estudio. Se evidencia finalmente una compleja relación entre obesidad y riesgo de morir. El estudio indica que no parece conveniente estudiar el efecto de la obesidad de manera aislada sino como un continuo con la variable Índice de Masa Corporal. El aumento en el IMC eleva los riesgos de morir pero solamente en las edades más jóvenes, hasta cerca de los 75 años. Esta correlación

directa es más fuerte con el indicador de obesidad central (circunferencia de cintura). En edades mayores la relación se invierte y el bajo peso es un factor de riesgo importante al tiempo que la grasa corporal y abdominal son factores protectores. Dada esta compleja relación, deben aceptarse con cautela los pronósticos de disminución en la esperanza de vida como consecuencia del aumento en la obesidad.

El segundo trabajo se llama “Costos Individuales Esperados de Cuidados de Larga Duración en Buenos Aires, México y Puerto Rico” de Malena Monteverde, Kenya Noroña, Alberto Palloni y Karina Angeletti. En el que se realiza una estimación de los costos individuales esperados (a la edad 60) de distintas alternativas de cuidados de larga duración para Buenos Aires, Puerto Rico y México. Las estimaciones realizadas indican que Puerto Rico es el país con costos individuales esperados más altos tanto en dólares, en términos de paridad de poder de compra y en relación al ingreso individual y familiar. Las diferencias entre los países se deben a diferencias en la duración de la dependencia (que a su vez depende del riesgo de ser dependiente y de la esperanza de vida) y de los costos unitarios de los servicios. Comparando las distintas alternativas de atención se encuentra que en todos los países los mayores costos se asocian a las alternativas basadas en cuidados en el domicilio exclusivamente. Por último, los elevados ratios costos/ingresos muestran la dificultad de financiar los servicios de cuidados de larga duración con ingresos corrientes y la importancia de diseñar y promover sistemas de ahorros públicos y/o privados para hacer frente al riesgo de la dependencia.

El tercer trabajo del capítulo de Envejecimiento y Salud es “Redes de apoyo social en la vejez: adultos mayores beneficiarios del componente para Adultos Mayores del Programa Oportunidades” de Aarón Salinas, Betty Manrique, Martha Ma. Téllez Rojo. El estudio caracteriza las redes de apoyo social de los adultos mayores beneficiarios del Programa Oportunidades de México en su componente para Adultos Mayores. Para recabar información se realizó una encuesta probabilística con tres etapas de selección, con estratificación según tipo de localidad (rural o urbana) y con representatividad nacional. La población objetivo del estudio estuvo conformada por individuos de 70 años y más, beneficiarios del Programa Oportunidades. En el trabajo se observa que los Adultos Mayores cuentan con redes familiares de apoyo social homogéneas que en su mayoría están compuestas por los cónyuges y los hijos de los adultos mayores. La principal fuente de apoyo reside en las mujeres. Se identifica un tamaño de red promedio de 2 personas. Con relación al tipo de apoyo se observa que, los Adultos Mayores que tienen hijos fuera del hogar tienden a recibir principalmente apoyo económico y material, y los AM con hijos corresidentes reciben, principalmente, apoyo instrumental, sobre todo en términos de alimentos y visitas. El apoyo emocional es el de mayor reciprocidad, ya que los AM manifiestan no sólo capacidad para recibirlo si-

no también para darlo. El tamaño de la red resulta ser el factor más importante para explicar la disponibilidad de apoyo social así como el intercambio de los distintos tipos de apoyo social. Los Adultos Mayores del Programa Oportunidades tienen redes pequeñas y poco diversificadas, lo cual es un aspecto desfavorable que puede implicar menor eficiencia del programa.

Tercera Parte **Transferencias Intergeneracionales**

En la tercera parte del libro se presentan estudios sobre el fenómeno de las transferencias intergeneracionales en América Latina. El primer trabajo es “Perspectivas da oferta de cuidadores informais da população idosa: uma análise comparativa entre Brasil e México, 2000-2015” de Álida Rosária Silva Ferreira y Laura Rodríguez Wong. El estudio analiza el efecto que el envejecimiento de la población tendrá sobre el grupo de personas que estarán disponibles para el cuidado de personas mayores que necesitan asistencia. En este artículo se analiza el perfil de los posibles cuidadores informales de personas de edad avanzada en Brasil y México y se estima, a través de dos posibles escenarios: los ancianos que potencialmente demandan asistencia (IPDA) y el potencial de cuidadores informales (PCI) que eventualmente tendrán. Los cuidadores informales de personas de edad son las personas que ayudan a las personas de edad avanzada sin recibir pago por ello. La mayoría de las veces este rol es asumido por mujeres, con un predominio de esposas e hijas. El estudio indica una relación de casi 1 cuidador por adulto mayor en Brasil y alrededor de 3 personas encargadas del cuidado de mayores por cada anciano en México. El trabajo desarrolla asimismo una evolución del volumen de PCI en el período comprendido entre 2000 y 2015 y la compara con la posible evolución de IPDA para el mismo período.

El último trabajo del capítulo es “Chile, Brasil e Equador: uma perspectiva da sobrevivência dos filhos à velhice das mães no contexto latino-americano” desarrollada por Regiane Lucinda de Carvalho y Laura Rodríguez Wong. El trabajo estudia el efecto del descenso de la fecundidad en las relaciones familiares intergeneracionales, en particular sobre el apoyo a las personas de edad avanzada. Se estima el número de niños que sobrevivieron a los ancianos, teniendo en cuenta que los niños son el potencial de cuidadores de sus padres durante su vejez. A los fines de analizar la diferencia en la etapa de transición de los países afecta el número de niños, y sobre la base de experiencias realizadas a los países asiáticos, el trabajo realiza una proyección del número de niños sobrevivientes de las mujeres de edad en tres países de América Latina que se encuentran en diferentes etapas de la transición demográfica: Chile con fecundidad por debajo del nivel de reemplazo, Brasil como un ejemplo de poblaciones

de más rápida transición demográfica y Ecuador, que aún tiene una de las mayores tasas de fecundidad en la región. Los resultados indican que, invariablemente, el número de niños que viven las personas de edad avanzada que podrían contar con apoyo será menor. En 2025, las mujeres de más de 70 años tendrán alrededor de cuatro hijos en Ecuador, de 3,5 hijos en Brasil y algo menos de tres niños en Chile. Este resultado indica una disminución considerable en la red familiar de las personas de edad y llama la atención sobre la importancia de la planificación de la calidad de vida de estas personas.

Enrique Peláez
Córdoba, Argentina. Diciembre de 2008

Primera Parte

**ESTUDIOS DE ENVEJECIMIENTO
SOCIODEMOGRÁFICO**

CUBA: EL ESTADO CONYUGAL DE LOS ADULTOS MAYORES¹

1

Raúl Hernández Castellón²

Introducción

Al ser las personas más longevas, cada vez durarán más tiempo y por tanto esto tendrá sus consecuencias para las relaciones familiares. Esto asegura la posibilidad de criar a los hijos en compañía de la pareja. Como, además, cada vez es menos probable que alguno de los hijos muera antes de que sus progenitores alcancen la madurez, todo esto reduce el componente de incertidumbre a la hora de planificar el futuro, pero también cambia el significado del matrimonio, ya que fácilmente puede durar más de cincuenta años y la crianza de los hijos sólo ocupará una parte de estos años.

De este modo, el envejecimiento de la población se relaciona también con el futuro de la familia. Con mucha frecuencia se ha hablado de la crisis de la familia como institución, debido entre otras causas a los avances en la liberación de la mujer y la aparición de nuevas formas de convivencia no familiares. En el fondo, se aduce que el crecimiento de la economía de mercado, de la industrialización y del Estado, ha restado a la familia sus funciones tradicionales, vaciándola de contenido y dejándole sólo las funciones afectivas y reproductivas, para las cuales es suficiente la familia nuclear. La evidencia muestra que los hogares nucleares son cada vez una mayor proporción del total, lo que demostraría la veracidad de esta teoría.

También se puede analizar el envejecimiento en función de los cambios en las relaciones entre hombres y mujeres. Una posibilidad es que el sexo deje de ser el principal determinante a la hora de asignar las funciones de cada cuál, y que en el futuro, ese factor sea la edad. En este sentido se mantienen la función productiva de los hombres jóvenes y la función

reproductiva de las mujeres que han alcanzado la madurez, pero aparecen como emergentes, la función productiva de las mujeres jóvenes y las funciones familiares de los hombres maduros.

Hay que destacar, por otro lado, la “feminidad” de las edades maduras. Las mujeres son más longevas, por lo tanto, son mayoría entre los adultos mayores, y a medida que se avanza en la edad, esta diferencia se amplía. Una consecuencia es la mayor viudez femenina, que se agrava aún más por el hecho de que tradicionalmente la edad de los hombres al matrimonio era mayor. A primera vista, parecería que la situación de estas mujeres es bastante penosa. A los estigmas propios de la edad, hay que añadir sus menores recursos educativos y económicos en relación con los hombres. No obstante, el hecho de que su especialización hasta entonces haya sido la reproducción, las capacita más para las condiciones de vida propias de la tercera edad que a los que han dedicado su vida activa a las actividades productivas, ya que las habilidades adquiridas durante esta etapa ya no tienen aplicación en su nueva vida como jubilados. Por lo tanto, la jubilación difumina las diferencias entre hombres y mujeres, ya que los roles tradicionales femeninos proporcionan a la mujer madura una independencia y una autosuficiencia de la que carecen los hombres de la misma edad.

En América Latina y el Caribe se ha debatido ampliamente sobre esta temática, la que se vincula muy estrechamente con aspectos del desarrollo económico y social. Asimismo, se ha discutido mucho sobre cuáles son las principales características de su comportamiento. Resulta necesario realizar un análisis de estos aspectos en el país a través de las últimas décadas, así como sus diferencias según distintos atributos de la población y también los cambios de sus roles dentro del hogar, es decir, la dinámica del lugar que ocupan dentro del hogar, con relación al jefe del núcleo. Los aspectos antes señalados son el objeto de esta investigación. Este trabajo pretende más bien ser un pequeño punto de partida para la realización de estudios más profundos, que contribuyan a dilucidar los complejos problemas que abarca.

Dinámica del estado conyugal de la población de 60 años y más en cuba

Un análisis global

Los atributos edad y sexo de la población muestran su influencia en los cambios del estado conyugal en los últimos cincuenta años. En principio resulta interesante apreciar cuál es la variabilidad del mismo cuando intervienen el sexo, la edad y el tiempo. No obstante, antes de entrar en el análisis de las edades, conviene en primer término echarle un vista-

zo al comportamiento del estado conyugal de las poblaciones de 15 años y más, e incluso la de 60 años y más, por sexo.

Con relación a la población de 15 a 59 años, el aumento en la proporción de personas casadas y unidas que se muestra entre los años 1953 y 1981 pudiera quizás deberse a la campaña de legalización de uniones consensuales llevada a cabo en los primeros años de la Revolución. En ambos sexos los cambios con relación al 2002 son poco importantes. Cabe también resaltar una diferencia relativamente importante en dichas proporciones por sexo, con valores superiores para las mujeres, lo cual podría atribuirse a la tendencia de las mujeres a tener una mejor declaración de la unión conyugal. (Ver Cuadro 1)

Por su parte, las diferencias en el estado conyugal antes mencionado son mucho más importantes entre los adultos mayores por sexo. En efecto, en los tres años considerados las diferencias superan los 22 puntos porcentuales, con valores superiores en los hombres. Aquí, aparte de lo señalado como posible causa en el párrafo anterior, pudiera estar influyendo el hecho de la mayor propensión masculina a contraer nuevas nupcias al perder el vínculo conyugal por cualquier causa, es decir, viudez, divorcio o separación.

La transición demográfica cubana parece haber jugado su papel en todos estos cambios, por cuanto fue en 1978 cuando se alcanzó una fecundidad por debajo del nivel de reemplazo, como resultado de una fuerte reducción de la misma. Así, los niveles de soltería han ido disminuyendo en cada uno de los sexos, de forma más importante para toda la población, es decir, el grupo de 15 a 59 años, en particular entre 1953 y 1981.

Cabe reflexionar que no se puede atribuir este comportamiento solamente a un aumento de las proporciones de casados y unidos, pues el mismo fue discreto. Podría tratarse de una combinación, pues la disminución en diez puntos porcentuales en estas proporciones se podría compensar quizás con el incremento de las proporciones de divorciados y el de casados y unidos. En resumen: este aspecto requiere estudiarse de manera más profunda.

Quizás una manera de resumir esta discusión sea la de observar cómo se comporta la razón de sexos de la población de 15 a 59 años, en comparación con la de 60 años y más. En general, podría decirse, después de llevar a cabo una revisión de la información que brinda el siguiente cuadro, que se confirman los planteamientos que se han hecho en las páginas anteriores. (Ver Cuadro 2).

En efecto, los índices de masculinidad de la población adulta mayor muestran una tendencia decreciente en todos los estados conyugales, como resultado, por una parte, de la reducción de la mortalidad y por otra de la mayor sobrevivencia femenina.

Cuadro 1
Cuba: Estado conyugal de la población de 15-59 y de 60 y + años
Porcentajes. 1953, 1981 y 2002.

	Hombres		Mujeres	
	15 - 59	60 y +	15 - 59	60 y +
1953				
Casados/Unidos	52,6	67,9	62,2	42,4
Solteros	45,8	16,4	32,5	11,6
Divorciados/Separados	0,7	0,9	1,7	1,3
Viudos	0,9	14,8	3,6	44,7
	100	100	100	100
1981				
Casados/Unidos	57,3	68,5	64	46
Solteros	36,2	12,6	21,4	8,2
Divorciados/Separados	6	8,1	12,6	9,9
Viudos	0,5	10,8	2	35,9
	100	100	100	100

Fuente: Censo de Población y Viviendas de 1953, 1981 y 2002.

Otro hecho interesante es el de la reducción en la proporción de solteros después de 1970, así como el gran incremento en los valores de los divorciados. Si se analizan estos estados conyugales según la zona de residencia, quizás podrían encontrarse algunas posibles causas de este comportamiento. En efecto, se puede apreciar que aunque los hombres urbanos disminuyeron unos 5 puntos porcentuales en sus proporciones de solteros, sin embargo, los residentes en las áreas rurales lo hicieron en algo más de 9 puntos porcentuales. Por otra parte, en el total de ambas zonas se observaron algunos cambios en las proporciones de divorciados, que son relativamente intensos en ambas zonas y en ambos sexos. Este es un aspecto que requiere de un mayor estudio, para poder elaborar las hipótesis sobre las causas de estos importantes cambios. No se incluye el año de 1953, porque en el mismo no se publicó esta información por zonas de residencia. (Ver Cuadro 3).

Cuadro 2

Cuba: Razón de sexos de la población de 15 a 59 años y de 60 años y según estado conyugal. 1953, 1981, 2002.

	15 - 59			60 +		
	1953	1981	2002	1953	1981	2002
Casados/Unidos						
Solteros	88,3	90	91,8	184,2	154,6	139,4
Divorciados/Separados	147,1	170,4	162	163,1	158,3	123,1
Viudos	38,9	48	55,8	77,1	84	70,5
Total	26,5	22,4	23,4	38,1	38,5	30,3
	104,4	100,5	99	115	103,8	92

Fuente: Censo de Población y Viviendas de 1953, 1981 y 2002.

Cuadro 3

Cuba: Estado conyugal de la población de 60 + años. Porcentajes. 1970 y 2002.

	Hombres				Mujeres			
	Urbano		Rural		Urbano		Rural	
	1970	2002	1970	2002	1970	2002	1970	2002
Casados/Unidos	70,1	67,8	64,9	65,5	43,3	41,7	60,3	56,6
Solteros	16,1	10,8	23,1	13,7	13,9	9,1	7,2	6,3
Viudos	11,0	11,5	9,8	10,2	39,0	35,1	29,8	28,4
Divorciados	2,8	9,9	2,2	10,6	4,7	14,1	2,7	8,7

Fuente: Censo de Población y Viviendas de 1970 y 2002.

Cabría preguntarse: ¿Cómo se comporta el estado conyugal en algunos países de América Latina en fechas alrededor del año 2000? El cuadro 4 brinda dicha información.

Brasil es el país de mayores proporciones de casados y de viudas entre los 13 países en los que se recopiló información en un trabajo publicado hace pocos años³. Los patrones culturales prevaecientes podrían estar asociados con este comportamiento, por una parte, aunque en el caso de las viudas, particularmente, ello se vincula con su mayor nivel de mortalidad. En general, si se tiene presente que Cuba y Uruguay son los dos países de mayor avance en su transición demográfica, podría asumirse como una explicación factible. Brasil y México se encuentran en un nivel inferior de avance de la citada transición.

Cuadro 4
Estado conyugal de la población de 60 y +. Países seleccionados.
Circa 2000. Porcentajes.

	Hombres				Mujeres			
	Brasil	Cuba	México	Uruguay	Brasil	Cuba	México	Uruguay
	1992	2002	2000	1996	1992	2002	2000	1996
Casados/Unidos	80,1	67,3	77,1	72,2	41,5	44,4	45	40,2
Solteros	5,2	11,5	4,5	11,4	9,2	8,6	6,4	10,8
Divorciados	3,8	10,1	4,2	6,2	6	13,1	6,6	7,5
Viudos	10,9	11,1	14,2	10,1	43,3	33,8	42	41,5

Fuente: CEPAL-CELADE (2002): Los adultos mayores en América Latina y el Caribe. Datos e Indicadores. Santiago de Chile

Los hombres cubanos muestran una menor proporción de casados/unidos que los otros tres países. Su valor está más cercano al de Uruguay, posiblemente debido a que ambos están en la misma etapa de la transición demográfica, que es la más avanzada de América Latina y eso posiblemente influye en el hecho de presentar las más altas proporciones de adultos mayores. Cabría quizás avanzarse la hipótesis de que este mayor desarrollo demográfico pueda propender a mantener menos lazos matrimoniales o uniones.

Es posible que la menor sobre mortalidad masculina, pueda ser la causa de que los cubanos muestren una mayor proporción de viudos. Quedaría por investigar cuál es la causa de la mayor proporción de solteros y solteras uruguayos. En general, las mujeres no presentan diferencias importantes en sus proporciones.

El análisis realizado hasta aquí ha sido de carácter global, dado que aunque intervino el sexo, desde el punto de vista de la edad sólo se utilizaron dos grandes agrupaciones: la población total de 15 años a 29 años y la de 60 años y más. Se hace necesario, con vistas a profundizar el nivel de estudio, la intervención del desglose de las edades.

El estado conyugal de la población por edades y sexo

En el transcurso de la vida de las personas, los hechos demográficos adquieren un gran carácter diferencial, según cambian las agrupaciones que se adopten. Por tanto, a los efectos de verificar los cambios del estado conyugal, en dicho tránsito, resulta interesante hacerlo para cuatro momentos: la juventud, la mediana edad, la tercera y la cuarta edad. Independientemente de que se discute ampliamente sobre cuáles deben ser las edades que comprende cada uno de los momentos del ciclo de vida antes comentado, y se esté o no de acuerdo, en el presente trabajo se adoptó el siguiente esquema:

- a) Juventud: 15 a 29 años.
- b) Mediana edad: 30 a 59 años.
- c) Tercera edad: 60 a 74 años.
- d) Cuarta edad: 75 y más años de edad.

Se puede combinar, dentro de cada sexo el estudio de la dinámica del estado conyugal para las personas jóvenes y el de la mediana edad, por sexo.

Es posible que la campaña para legalizar las uniones consensuales, llevada a cabo en los primeros años de la revolución haya sido el factor que determinó el aumento de la proporción de casados del grupo de 15 a 29 años entre 1953 y 1970, tanto en hombres como en mujeres. La influencia de la viudez y las separaciones pueden haber influido en la reducción que muestran estas proporciones entre 1981 y 2002, aunque habría que estudiarlo más detenidamente para poder brindar una conclusión más consistente. En general, la información también indica la influencia de la sobre mortalidad masculina, que se refleja en la mayor viudez femenina. (Ver Cuadro 5).

Debe tenerse presente que los análisis de diferentes censos, por sexos, permiten concluir que por lo general las mujeres declaran mejor su estado conyugal que los hombres, pues ellos en muchas ocasiones ellos tienden a declararse solteros en vez de unidos consensualmente. Esa podría ser una de las razones por las cuales las proporciones de casadas/unidas son muy superiores a las de los hombres en particular en el grupo de 15 a 29 años de edad en los cuatro años en estudio. Pero lo que más tiende a confirmar esta posible explicación es el hecho de que excepto en 1953, en el resto de los censos las proporciones de solteros son muy superiores las de solteras.

Otra hipótesis plausible en cuanto a las razones para que las proporciones masculinas del grupo de 30-59 años también sean superiores a las de las féminas es la de la mayor propensión de los hombres a contraer nuevas nupcias una vez roto su vínculo conyugal por cualquier razón.

En general, la comparación de la dinámica del estado conyugal de ambos grupos muestra cómo a medida que aumenta la edad, como es lógico suponer, se incrementa la proporción de casados y unidos, y consecuentemente disminuye la de solteros. Pero el hecho más preocupante del comportamiento de la referida dinámica es el aumento en el tiempo de los porcentajes de divorciados en cada uno de los dos grupos, en particular en el segundo de ellos y con mayor incidencia en el caso de las mujeres, lo cual supone un mayor monto de féminas solas, que están transitando hacia la vejez.

Al confrontar la evolución del estado conyugal de la tercera con la cuarta edad, se aprecia que las proporciones de casadas y unidas del grupo de edades 60-74 refleja, por otra parte, valores muy inferiores para las féminas en los cuatro años mencionados, lo cual puede estar fuertemente aso-

ciado con el aumento de la mencionada sobremortalidad masculina, lo cual se verifica al observar que las proporciones de viudas más que triplican los valores reflejados por los hombres.

Cuadro 5
Cuba: Estado conyugal de la población según sexo y edades seleccionadas. 1953, 1970, 1981 y 2002.

Porcentajes	15 - 29				30 - 59			
Hombres	1953	1970	1981	2002	1953	1970	1981	2002
Casados/Unidos	23,6	34,7	31,2	31,6	76,2	81,5	80,4	72,7
Solteros	76,1	64	65,2	65,6	21,3	15,4	10,5	17,4
Divorciados/Separados	0,2	1,2	3,5	2,7	1,5	2,6	8,3	9,3
Viudos	0,1	0,1	0,1	0,1	1	0,5	0,8	0,6
	60 - 74				75 +			
	1953	1970	1981	2002	1953	1970	1981	2002
Casados/Unidos	70,6	71,7	72,9	71,3	55	56	55,8	57,5
Solteros	16,6	18,9	11,8	11,5	15,5	18	15	11,6
Divorciados/Separados	0,9	2,6	8,2	11	0,7	2,4	7,3	7,7
Viudos	11,9	6,8	7,1	6,2	28,8	23,6	21,9	23,2
Mujeres	15 - 29				30 - 59			
	1953	1970	1981	2002	1953	1970	1981	2002
Casadas/Unidas	46,4	56,2	49,2	49,8	76,8	82,2	77	71,6
Solteras	52,4	39,5	40,9	43,5	14,2	9,7	4,2	10,1
Divorciados/Separados	0,9	4	9,7	6,5	2,5	5,8	15,1	15,8
Viudas	0,3	0,3	0,2	0,2	6,5	2,3	3,7	2,5
	60 - 74				75 +			
	1953	1970	1981	2002	1953	1970	1981	2002
Casadas/Unidas	47,7	53,9	53,5	53,5	22,1	26,6	23	25,3
Solteras	11,2	12,7	7,8	8,3	13	11,1	9,6	9,4
Divorciados/Separados	1,5	4,7	10,9	15,5	0,6	2,6	6,7	8,1
Viudas	39,6	28,7	27,8	22,7	64,3	59,7	60,7	57,2

Fuente: Censo de Población y Viviendas de 1953, 1970, 1981 y 2002.

Uno de los aspectos asociados con los efectos del final de la primera transición demográfica y el desarrollo de la segunda es el del aumento de los divorcios y Cuba no escapa a esa evolución. Ya el hecho de alcanzar una reducción de la fecundidad, llegando a estar por debajo del nivel del reemplazo desde 1978, puede haber sido uno de los factores asociados con el gran incremento de las proporciones de divorciados para la tercera y cuarta edad, respectivamente, que se reflejan en 1981 y 2002. Por su parte,

tanto en un sexo como en otro, el tránsito por los dos grupos mencionados significa un enorme aumento de la viudez, lo cual implica que esto sea considerado por los diseñadores de políticas. (Ver Cuadro 6).

Cuadro 6
Cuba: Población de 60 y + sin vínculo conyugal, según grupos de edades y sexo, 1953, 1981 y 200. Porcentajes.

	Hombres			Mujeres		
	1953	1981	2002	1953	1981	2002
60 +	32,2	31,5	32,7	57,6	54	55,6
60-64	25	25	26,1	45,1	38,4	41
65-69	29,6	26,8	29,9	54,5	47,1	46,9
70-74	34,9	31,4	31,7	65,6	51,8	54,9
75 +	45,1	44,2	42,5	77,9	77	74,7

Fuente: Censo de Población y Viviendas de 1953, 1981 y 2002.

Entre los principales problemas asociados con los adultos mayores está la soledad, al aumentar la pérdida del vínculo conyugal. Por sexo, existen importantes diferencias entre la población adulta mayor, con vínculo y sin vínculo conyugal.

En general, puede afirmarse que el vivir “sola” es principalmente el destino de las ancianas. Sin embargo, ellas son mejor consideradas entre sus parientes y existe más compromiso hacia ellas, además de ser más independientes en el hogar, sus actividades han estado asociadas con las tareas domésticas y de la vida diaria en el mismo. Independientemente de lo antes expresado, cabe resaltar que la mujer de edad avanzada se halla en una posición mucho más difícil que la de los hombres, lo cual debe tenerse presente por las autoridades competentes. Precisamente, la comparación de los dos gráficos siguientes ilustran esta situación, pues se aprecia cómo a medida que aumenta la edad, las proporciones de mujeres sin vínculo conyugal se incrementan considerablemente, al punto de que alrededor de tres cuartas partes de ellas ya están solas, hecho también asociado principalmente con la sobremortalidad masculina. También debe tenerse en cuenta que, repetimos, por lo general, los hombres, más que las mujeres, contraen nuevas nupcias al enviudar o separarse de sus cónyuges.

En resumen, con el aumento de la edad, también se eleva el monto de los adultos mayores que ha perdido su pareja y, paralelamente, el vivir de manera solitaria, sin su compañero de toda la vida, lo cual implica un alto costo emocional para ellos y es, a su vez, un hecho social bastante agudo, que afecta tanto su posición en la familia, como en la sociedad y se manifiesta en la disminución de sus funciones en la misma.

Y comparativamente con algunos países de América Latina: ¿la situación es similar o muy desigual? La información que se muestra para la última década del siglo pasado indica que las condiciones no son muy disímiles. En el caso de las mujeres se observan algunas diferencias, en particular para Brasil y México que reportan los más bajos porcentajes sin vínculo conyugal, cuando se trata del grupo de 60 años y más, en tanto que para los otros tres países comparados, al estar en una etapa mucho más avanzada de la transición demográfica, ocurre lo contrario. (Ver Cuadro 7).

Cuadro 7
Población femenina de 60 y + por grupos de edades, sin vínculo conyugal. Países seleccionados. Circa 1990.

	Hombres					Mujeres				
	Brasil 1991	Chile 1992	Cuba 1995	Mé- xico 1990	Uruguay 1996	Brasil 1991	Chile 1992	Cuba 1995	Méxi- co 1990	Uru- guay 1996
60 +	18	31,7	29,8	19,5	27,8	40,9	57,4	53,7	48,9	59,8
60-64	13	22	22,6	13,3	23,5	45,1	42,7	38,2	36,1	41,1
65-69	15,4	25,2	26,2	15,7	25	53,3	50,8	47	42,8	50
70-74	18,8	28,9	30,1	20	26,9	64,1	61,2	52,4	52,9	60,7
75 +	29,2	38,6	39	30,3	36,3	81,4	76,6	72,6	66,2	80,1

Fuente: United Nations: Demographic Yearbook. Special Issue: Historical Supplement, 1948-1997. Para Cuba: CEDEM/IPF/ONE (Centro de Estudios Demográficos/Instituto de Planificación Física/Oficina Nacional de Estadísticas) 1995: Encuesta Nacional de Migración Interna. CEDEM. La Habana.

La información por edades muestra la difícil situación de las mujeres de 75 años y más, las cuales reflejan enormes proporciones, es decir, por encima del 70 por ciento en 4 de los 5 países. Incluso, en dos de ellos, se arriba y sobrepasa el 80 por ciento.

Dinámica de la posición de los adultos mayores en el hogar.

“El entorno propicio y favorable para las personas mayores es un tópico destacado del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, sin embargo constituye un ámbito de estudio poco explorado en la región. Esto se debe, por una parte, a que abarca un número no menor y heterogéneo de temas y, por otra, a que su tratamiento —sobre todo lo referido a los entornos sociales— requiere la producción y análisis de datos cualitativos”⁴.

“El concepto de entornos propicios no está plenamente estandarizado, sin embargo el Plan de Acción Internacional de Madrid y su Estra-

tegia Regional aluden especialmente a las condiciones socioculturales y ambientales que propicien un envejecimiento digno y seguro en la comunidad de origen. Estas condiciones se dividen en dos ámbitos de intervención: los entornos sociales y los entornos físicos.”⁵

A continuación se presentan diferentes indicadores que muestran la situación de los adultos mayores cubanos, según las propuestas de medición que realizara recientemente el CELADE, en el manual antes citado. No obstante, cabe señalar que no se dispone de la información necesaria para realizar un buen análisis de esta parte del trabajo, debido a que no existen encuestas exhaustivas de hogares que profundicen en esta temática.

Según se ha indicado en páginas anteriores, los países que se encuentran en la fase más avanzada de su transición demográfica son los que muestran un mayor grado de envejecimiento de su población. Las proporciones de hogares con personas mayores son muy superiores en dichas naciones, es decir, Argentina, Cuba, Uruguay y en menor medida Chile. (Ver Cuadro 8).

Cuadro 8
Porcentaje de hogares con personas mayores. Países seleccionados

Países	1990	2000
Argentina	34,3	34,5
Bolivia	22,9	22,8
Brasil	21,3	22,5
Chile	29	29,9
Cuba	-	34,2
Ecuador	23,1	27,3
Paraguay	21,6	24,9
Uruguay	38,4	39,9
Rep. Bolivariana de Venezuela	22,9	24

Fuente: United Nations: Demographic Yearbook. Special Issue: Historical Supplement, 1948-1997. Para Cuba: CEDEM/IPF/ONE (Centro de Estudios Demográficos/Instituto de Planificación Física/Oficina Nacional de Estadísticas) 1995: Encuesta Nacional de Migración Interna. CEDEM. La Habana.

“Además de conocer el número de hogares con personas mayores y el ritmo con el cual se incrementan, es necesario estar al tanto de las modalidades de estructuración familiar que adoptan las personas mayores, dato que tiene una doble importancia: por una parte, determina el perfil de requerimientos habitacionales de este grupo de edad, toda vez que las unidades consumidoras de alojamiento son los hogares, y por otra, el tipo de familia puede tener un peso significativo en sus niveles de bien-

estar y calidad de vida, situación en la cual pueden ejercer importantes influencias los modelos de política habitacional que implementen los países.⁶ Por tanto, una de las propuestas es la realización de una tipología de hogares con personas mayores según el número de personas en el hogar. (Ver cuadro 9).

Cuadro 9
Cuba: Tamaño del hogar con y sin personas mayores,
según área de residencia, 2002. Porcentajes.

Número de personas en el hogar	Tipo de hogar urbano		Tipo de hogar rural		Ambas zonas	
	Con personas mayores	Sin personas mayores	Con personas mayores	Sin personas mayores	Con personas mayores	Sin personas mayores
Una	12,3	14,1	16,5	14,5	13,2	14,2
Dos a tres	45,7	51,2	50,3	49,9	46,7	50,9
Cuatro a cinco	30,1	30,5	24,9	31,7	28,9	30,8
Seis y más	11,9	4,2	8,3	3,9	11,2	4,1
Total	100	100	100	100	100	100

Fuente: ONE (2005): Censo de Población y Viviendas. La Habana.

La tipología elaborada para Cuba, en el caso del año 2002, muestra que en los hogares unipersonales de adultos mayores las diferencias son poco importantes, al igual que los que no cuentan con los mismos. Por otra parte, tanto en zonas rurales como urbanas, los adultos mayores se concentran fundamentalmente en un tamaño de hogares de entre dos y tres personas, con una preponderancia algo mayor en el tipo de hogar rural. En los hogares de entre cuatro y cinco personas, se concentra casi la tercera parte de los adultos mayores y aquí ocurre lo contrario al tamaño anterior: mayor peso en las áreas urbanas.

En resumen: los adultos mayores viven fundamentalmente en hogares menores de cinco personas en las áreas urbanas (88%); algo similar ocurre en las áreas rurales, pero con un menor porcentaje: 82; los valores para el total ambas zonas son muy similares. La información anterior es muy útil para los decisores de políticas vinculadas con la vejez.

Según se señaló antes, en realidad es bastante escasa la información sobre esta temática. Esto se demuestra por el hecho de que en el propio CELADE, en el manual sobre indicadores de calidad de vida de la vejez, publicado en 2006, sólo presentan información para un país: Nicaragua. Lamentablemente, la tabla que presentan no es comparable con la información cubana, por cuanto llevaron a cabo una distinta distribución según tamaño del hogar. La antes mencionada tipología puede ampliarse,

diferenciando el número de adultos mayores por hogar, que puede ser de uno, dos o tres. (Ver Cuadro 10).

Cuadro 10
Cuba: Distribución porcentual de las personas de 60 y +, según el tamaño del hogar. 2002.

El tamaño del hogar. 2002.	Personas de 60 y + residentes en hogares con				Total de 60+
	Una	Dos a 3	Cuatro a 5	Seis y +	
Hogares de ambas zonas	9,8	48,4	29,2	12,6	100
1 persona de 60 +	19,5	42,6	28,8	9,1	100
2 personas de 60 +		56,9	28,3	14,8	100
3 personas de 60 +		32,8	40,2	27	100
Hogares urbanos	9,1	46,9	30,4	13,6	100
1 persona de 60 +	18	42,6	29,8	9,6	100
2 personas de 60 +		53,9	29,9	16,2	100
3 personas de 60 +		30,5	40,3	29,2	100
Hogares rurales	12	53,9	25	9,1	100
1 persona de 60 +	25,2	42,5	25,1	7,2	100
2 personas de 60 +		66,7	23,3	10	100
3 personas de 60 +		42	39,8	18,2	100

Fuente: ONE (2005): Censo de Población.

El bajo nivel de la fecundidad cubana, que ha influido en el tamaño de los hogares, por una parte, y por la otra en el rápido proceso de envejecimiento de la población ha determinado que sean en los hogares que cuentan entre dos a tres personas, los que reflejen en la zona rural los mayores porcentajes de 2 adultos mayores que residen en los mismos, con un valor muy superior al correspondiente a las áreas urbanas. Sin embargo, debe tenerse presente que sólo el 21.9 % de los adultos mayores reside en las zonas rurales. Además, que el porcentaje de hogares rurales en que residen adultos mayores es sólo de 21.6. Por otra parte, si resulta de interés conocer que la proporción de adultos mayores por hogar es mayor en las zonas rurales que en las urbanas, es decir, 1.37 contra 1.34. Estos valores constituyen una primera aproximación para conocer la estructura familiar. (Ver Cuadro 11).

Cuadro 11
Cuba: Distribución porcentual del tamaño del hogar en que residen las personas de 60 y +. 2002.

	Personas de 60 y + residentes en hogares				Total de 60+
	Una	Dos a 3	Cuatro a 5	Seis y +	
Hogares de ambas zonas	100	100	100	100	100
1 persona de 60 +	100	44,1	49,4	36,1	50,1
2 personas de 60 +		52,3	43,2	52,3	44,5
3 personas de 60 +		3,6	7,4	11,6	5,4
Hogares urbanos	100	100	100	100	100
1 persona de 60 +	100	46,1	49,7	35,8	50,7
2 personas de 60 +		50,3	43	52,3	43,8
3 personas de 60 +		3,6	7,3	11,9	5,5
Hogares rurales	100	100	100	100	100
1 persona de 60 +	100	37,7	48,1	38,1	47,8
2 personas de 60 +		58,4	44	51,8	47,2
3 personas de 60 +		3,9	7,9	10,1	5

Fuente: ONE (2005): Censo de Población y Viviendas. La Habana.

Tal como se indicó en páginas anteriores, con el proceso de envejecimiento ocurren cambios en la composición de la familia. Más específicamente, se van produciendo mutaciones en la posición de los adultos mayores dentro del hogar. A continuación se realiza un breve análisis de estos aspectos, según el sexo, la edad y el lugar de residencia de las personas mayores en el caso cubano, para lo cual se han usado, en unos casos sólo 2 censos en aras de evitar un gran monto de información. En otros, se han empleado tres censos. (Ver Cuadro 12).

Según se aprecia en la información citada, en los últimos 32 años, el rol de los adultos mayores como jefes del hogar se ha visto reducido en el caso de los hombres y, concomitantemente, ha aumentado el de las mujeres, como un reflejo del citado proceso de envejecimiento de la población cubana. La causa principal de este cambio está asociada con la sobremortalidad masculina. Sin embargo, cabe señalar que las proporciones de hombres se acercan algo al doble en cuanto a su papel de jefes, en comparación con el de las mujeres.

Cuadro 12
Cuba: Población de 60 y + y su relación con el jefe del hogar.
Porcentajes. 1970, 1981 y 2002

	Hombres			Mujeres		
	1970	1981	2002	1970	1981	2002
Jefe	80,4	80,4	75,8	30,4	38,9	48,5
Cónyuge	1,6	4,3	9,6	35,4	37,6	32,4
Pariente del jefe	7,9	6,7	7,2	23,6	15,2	12,7
Otros parientes	5,8	5,4	5	8,6	6,4	4,9
Otros no parientes	2,5	2	1,4	1,2	1,3	0,9
Miembros de colectividades	1,8	1,2	1	0,8	0,6	0,6

Fuente: Censos de Población y Viviendas de 1970, 1981 y 2002.

Quando el análisis se realiza según áreas de residencia y sexo, se nota la incidencia de una situación inferior de las mujeres en las zonas rurales, pues, por ejemplo, en 1981, la proporción de jefas era un poco más de la mitad de la reflejada en la zona urbana, en tanto en 2002 fue de dos tercios. Pero lo más notable, sin embargo, es el enorme valor de las proporciones de cónyuges, en el caso de las mujeres, que incluso superan con creces las de jefas. Este comportamiento está asociado con la mayor mortalidad de estas zonas. El censo de 1970 no brindó información por áreas de residencia. (Ver Cuadro 13).

Cuadro 13
Cuba: Población de 60 y + y su relación con el jefe del hogar,
según zonas de residencia.

	Hombres				Mujeres			
	Urbano		Rural		Urbano		Rural	
	1981	2002	1981	2002	1981	2002	1981	2002
Jefe	78,4	73,3	84,7	83	43,1	51,4	23,1	34,8
Cónyuge	5,8	11,5	1,1	4,1	33,1	28,8	54,5	48,6
Pariente del jefe	6,9	7,4	6,3	6,9	14,9	13	16,4	12,5
Otros parientes	5,5	5,2	5,3	4,5	6,8	5,2	5	3,4
Otros no parientes	1,9	1,5	2,1	1,4	1,4	0,9	0,9	0,6
Miembros de colectividades	1,5	1,2	0,4	0,5	0,8	0,7	0,1	0,2

Fuente: Censos de Población y Viviendas de 1970, 1981 y 2002.

El análisis anterior se torna más interesante si el mismo se lleva a cabo por grupos de edades. Comencemos con el año de 1981. Posiblemente la sobremortalidad masculina, por una parte y la mayor propensión de los adultos mayores a contraer nuevas nupcias, una vez que no poseen vínculo conyugal, sea la causa del aumento del porcentaje de cónyuges en el caso de los hombres y su disminución en el caso de las mujeres. También cabe tener presente que al ser mucho menor su rol de jefes, sea más lógico que muestren un mayor peso como cónyuges, e incluso como parientas del jefe. En el caso de las mujeres, al ser menor su rol como jefas, resulta lógico que la estructura sea totalmente distinta. (Ver Cuadro 14).

Cuadro 14
Cuba: Población de 60 y + su relación con el jefe del hogar.
Porcentajes. 1970, 1981 y 2002.

	Hombres						Mujeres					
	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85+	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85+
1970												
Jefe	86,4	84,2	79	74,5	66,6	52,5	27,6	32,2	35	34	31	22,8
Cónyuge	1,6	1,6	1,6	1,7	1,5	1,3	51,4	39,2	27,5	20	11,9	5,9
Pariente del jefe	3,5	4,8	7,6	12,4	19,4	31,2	12,7	19,1	25,9	33,9	42,8	54,1
Otros parientes	5,8	5,6	5,9	5,9	6,1	7,3	7,1	7,9	9,3	9,5	11	13,1
Otros no parientes	1,6	2,5	3,6	3,1	3,1	3,3	0,8	1,1	1,3	1,5	1,7	1,9
Miembros de colectividades	1,1	1,3	2,3	2,4	3,3	4,4	0,4	0,5	1	1,1	1,6	2,2
1981												
Jefe	83,7	83,3	81,4	77,9	71	58,8	34,4	38,2	41,8	44,5	44,1	36
Cónyuge	5,1	4,6	4	3,4	3,3	2,5	51,8	44	34,1	22,3	12,2	5,4
Pariente del jefe	3,6	4,3	6,3	9,3	13,3	24,5	7,9	10,7	15,4	22,7	30,2	42,7
Otros parientes	5,4	5,4	5,5	5,3	5,5	6,1	4,7	5,6	6,9	8	9,4	10,3
Otros no parientes	1,5	1,7	1,8	2,4	3,6	3,4	1	1,1	1,2	1,6	2,3	2,9
Miembros de colectividades	0,6	0,6	0,9	1,7	3,4	4,7	0,2	0,3	0,5	0,9	1,8	2,7
2002												
Jefe	76,7	79,1	78,9	76,4	71,2	58,6	47,2	49,2	51,1	51,6	48,1	39,9
Cónyuge	12,3	10,3	9,1	7,6	6,3	4,7	43,4	39,6	33,4	24,7	16	6,8
Pariente del jefe	4,9	4,3	5,1	7,8	12,8	24,2	4,8	7	10,2	16,2	24,9	37,5
Otros parientes	4,4	4,5	4,7	5,4	6,2	7,3	2,6	3,2	4,3	6	8,6	12,1
Otros no parientes	1,4	1,3	1,3	1,5	1,7	2,1	0,7	0,6	0,7	0,9	1,4	2,1
Miembros de colectividades	0,4	0,6	0,9	1,4	1,9	3,2	0,3	0,4	0,4	0,7	1,1	1,7

Fuente: Censos de Población y Viviendas de 1970, 1981 y 2002.

La mencionada sobremortalidad masculina, entre otros factores, es la principal causa de la importancia que van perdiendo los hombres como jefes del hogar en la medida que aumenta su edad, en tanto ocurre el proceso inverso con las mujeres. No obstante, sí se mantiene la mayor preponderancia masculina como jefes, pero acortándose la diferencia.

Al comparar la posición de los adultos mayores en el hogar de 1970 con la de 1981 y 2002, surgen algunos aspectos interesantes, los cuales requieren de un mayor análisis del que se realizará a continuación. Al producirse en dicho intervalos de tiempo un aumento de la intensidad del proceso de envejecimiento de la población cubana, asociado con la gran reducción de la fecundidad, que desde 1978 se ubicó por debajo del nivel de reemplazo de la población, se nota una pequeña reducción de las proporciones de jefes masculinos y un mayor aumento de las jefas, las cuales también reflejan un aumento como cónyuges, al igual que los hombres, según se indicó con anterioridad. Por otra parte, en ambos años, al reducirse las proporciones de jefes y jefas, así como de cónyuges, en el grupo de 85 años y más, se “dispara” la proporción de Parientes del Jefe en los dos sexos. (Ver Cuadro 15)

La composición del vínculo conyugal de los adultos mayores no hace más que confirmar lo que se había indicado antes: Con el paso del tiempo el peso relativo de los hombres como jefes con vínculo conyugal disminuye, como cabría esperar, con el concomitante aumento en el caso de las mujeres. Asimismo, aumenta la importancia de los otros parientes y no parientes con vínculo conyugal. Se reitera lo señalado antes: esta es una de las cuestiones menos estudiadas y por tanto se hace necesario una mayor investigación sobre esta temática.

Independientemente de que se brindó información al respecto, se podría hacer el análisis de la dinámica solo de las tasas de jefatura, por sexos y edades, a los efectos de verificar de manera particular, cuál es el grado de veracidad de los planteamientos que se han hecho en párrafos anteriores. (Ver Cuadro 16).

Durante el período 1970-2002, las tasas de jefatura masculinas han experimentado un comportamiento bastante diferencial por edades. En efecto, el grupo 60-69 años de edad cambios ínfimos, en tanto el de 70-74 cambió muy poco. Sin embargo, en comparación con 1970, las tasas de los años 1981 y 2002, las tasas de los tres grupos siguientes fueron superiores, lo cual se contradice con lo que cabría.

Cuadro 15
Cuba: Vínculo conyugal de la población de 60 y +,
según su relación con el jefe del hogar. 1981 y 2002.

	Con vínculo conyugal				Sin vínculo conyugal			
	1981		2002		1981		2002	
	Hombre	Mujeres	Hombre	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Jefe	75,4	12,9	71,3	19	24,6	87,1	28,7	81
Esposa	10	100	100	100	100	100	100	100
Parientes del jefe	38,4	17,2	34,1	15,8	61,6	82,8	65,9	84,2
Otros parientes	11,5	8,8	14,8	11,7	88,5	91,2	85,2	88,3
Otros no parientes	15,9	12,5	21,3	14,2	84,1	87,5	78,7	85,8

Fuente: Censos de Población y Viviendas de 1981 y 2002.

Cuadro 16
Cuba: Tasas de jefatura de los adultos mayores, según sexo y edad.
1970, 1981 y 2002.

	Hombres			Mujeres		
	1970	1981	2002	1970	1981	2002
60 +	80,4	81,4	76,6	30,4	39,1	48,6
60-64	86,3	84,2	77	27,6	34,5	47,3
65-69	84,3	83,9	79,5	32,2	38,3	49,4
70-74	79,1	82,5	79,6	35	42,1	51,3
75-79	74,5	79,2	77,4	34	44,9	52
80-84	66,6	71	72,6	31	44,1	48,6
85 +	52,5	61,6	60,5	22,8	37	40,6

Fuente: Censos de Población y Viviendas de 1970, 1981 y 2002.

Por su parte, las tasas femeninas si muestran más claramente el aumento del papel de la mujer en el hogar, pues las mismas aumentan sistemáticamente para todas las edades durante el período analizado.

Cabría preguntarse cuál fue el comportamiento de dichas tasas según la zona residencia. El cuadro 17 brinda dicha información para 1981 y 2002, debido a que el Censo de 1970 no brindó tal desglose.

Cuadro 17
Cuba: Tasas de jefatura de los adultos mayores según zonas de residencia. Porcentajes. 1981 y 2002.

	Zona urbana				Zona rural			
	Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres	
	1981	2002	1981	2002	1981	2002	1981	2002
60 +	79,7	74,3	43,4	51,7	85,1	83	23,1	34,8
60-64	81,9	74,3	39,1	51,2	89,2	85	19	31
65-69	81,4	77,1	42,8	53,2	88	86,5	22,1	33,5
70-74	79,7	77,3	46,2	54,4	85,7	86	26	37,2
75-79	77,5	75,5	48,8	54,4	81,3	83	28,7	40,2
80-84	72,2	70,9	48,3	50,5	76,2	77,4	29,2	39
85 +	57,6	59	40,1	41,7	62,2	64,6	24,1	34,9

Fuente: Censos de Población y Viviendas de 1970, 1981 y 2002.

En la zona urbana, la disminución mayor la reporta el grupo de 60-64 años de edad, en el caso de los hombres, mientras que el resto de las edades muestran decrecimientos mucho menores. Sin embargo, los hombres rurales son los que marcan la pauta similar a la del total de ambas zonas, es decir, disminución de los valores en los dos primeros grupos de edades y aumento de los mismos en el resto.

Las mujeres de ambas zonas sí muestran un comportamiento más uniforme, en este caso, aumento de sus tasas, en algunos casos de más de 10 puntos porcentuales. También, queda reflejado el avance de la mujer, debido a que sus tasas se incrementan en alrededor de 12 puntos porcentuales, tanto en las zonas rurales como en las urbanas. No obstante, cabe esperar que el mayor desarrollo social la población, determine que las tasas de las mujeres de las zonas rurales lleguen a aproximarse sensiblemente a las de las mujeres de las zonas urbanas, o quizás las igualen.

Reflexiones finales

Indudablemente, el proceso de envejecimiento repercutió sobre el estado conyugal de la población cubana en la segunda mitad del siglo pasado. El relativamente conciso estudio realizado en cuanto al citado estado conyugal de los adultos mayores, así como las variaciones en la relación de ellos con el jefe del hogar, llaman a un verdadero estudio interdisciplinario, es decir, la participación de diferentes especialistas, demógrafos, sicólogos, sociólogos, etc., que contribuyan a delimitar más claramente cuáles son los factores que están incidiendo en los distintos comportamientos, así como cuáles pueden ser las futuras implicaciones de to-

do tipo. En definitiva, este trabajo se propuso alertar acerca de la complejidad de este objeto de estudio, pues son cientos de miles las personas de diferente sexo, lugar de residencia, grupo de edad, estado conyugal, nivel de participación en la actividad económica las que claman por sacar a la luz pública toda esta problemática y su dinámica. No menos importante es la participación de los formuladores de políticas, los que toman las decisiones a diferentes niveles y las instituciones del estado en cuanto a la toma de conciencia de la importancia del problema.

Además de las consideraciones anteriores, se pudo constatar cómo el papel de la mujer dentro del hogar ha mejorado considerablemente, como resultado de las transformaciones de la revolución, lo cual se reflejó en el aumento sistemático de sus tasas de jefatura.

Notas

- ¹ Trabajo presentado en el III Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, realizado en Córdoba, Argentina, del 24 al 26 de septiembre de 2008.
- ² Centro de Estudios Demográficos. Universidad de La Habana. raul@cedem.uh.cu.
- ³ CEPAL-CELADE (2002): *Los adultos mayores en América Latina y el Caribe. Datos e indicadores*. Santiago de Chile.
- ⁴ CELADE (2006): *Manual sobre indicadores de calidad de vida en la vejez. Capítulo IV. Envejecimiento y entornos favorables*. Santiago de Chile. Pág. 113.
- ⁵ *Ibidem*.
- ⁶ *Ibidem*.

Bibliografía

- CEE (Comité Estatal de Estadísticas) 1984: *Censo de Población y Viviendas, 1981*. República de Cuba. Oficina Nacional del Censo. La Habana.
- CEDEM/IPF/ONE (Centro de Estudios Demográficos/Instituto de Planificación Física/Oficina Nacional de Estadísticas) (1995): *Encuesta Nacional de Migración Interna*. CEDEM. La Habana.
- CELADE (2006): *Manual sobre indicadores de calidad de vida en la vejez*. Santiago de Chile.
- CEPAL-CELADE (2002): *Los adultos mayores en América Latina y el Caribe. Datos e indicadores*. Santiago de Chile.
- United Nations: *Demographic Yearbook. Special Issue: Historical Supplement, 1948-1997*. New Cork.
- Oficina Nacional de Estadísticas (ONE) (2006): *Censo de Población y Viviendas. Cuba. 2002*. La Habana.
- ONE (2004): *El envejecimiento de la población cubana. Cifras para su estudio*. La Habana
- TRIBUNAL SUPERIOR ELECTORAL, 1955: *República de Cuba. Censo de Población, Viviendas y Electoral. 1953. Informe General*. Oficina Nacional de los Censos Demográfico y Electoral. P. Fernández y Cía., S. en C. La Habana.

UNITED NATIONS (2001): *World Population Prospects. The 2000 Revision. Volume II: Sex and Age*. New York.

UNITED NATIONS 1956: *The aging of Populations and its Economic and Social Implications*. Estudios de población, nº 26 (nº de venta 1956.6), y *Population Ageing 1999* (nº de venta E.99.XIII.II).

ENVEJECIMIENTO Y DIFERENCIACIÓN SOCIOESPACIAL EN CALIDAD DE VIDA. LA SITUACIÓN EN BAHÍA BLANCA-ARGENTINA¹

Nidia Formiga²
María Belén Prieto³

Introducción

El envejecimiento de la población es uno de los fenómenos de mayor impacto de este siglo y es uno de los temas prioritarios en las agendas de los organismos internacionales y nacionales, decisores públicos y privados y organizaciones de la sociedad civil.

En términos estrictamente demográficos, alude al aumento (en valores absolutos y relativos) de la importancia de las personas de 65 y más años de edad y a una prolongación cada vez mayor de la vida que se expresa en los valores de la esperanza de vida al nacer. Mas allá de ser un fenómeno demográfico que permite hacer referencia, de esta manera, a poblaciones envejecidas, es preciso tener en cuenta que quienes envejecen son las personas y las sociedades deben buscar los procedimientos adecuados para responder a este proceso que se considera, prácticamente, irreversible. La investigación de envejecimiento se relaciona tanto con sus aspectos cuantitativos y cambios en la estructura de edades, como en las dimensiones sociales y económicas del proceso. Desde la perspectiva de Canales (2001:511) “el envejecimiento, como proceso demográfico y proceso social, implica una reformulación de los ejes sobre los cuales ha transcurrido el discurso demográfico. En particular, implica pasar de una preocupación por la *dinámica del crecimiento*, a una preocupación por la *estructura demográfica*; en particular por la estructuración social de las diferencias demográficas.”

Carmen Miró (2003:21) señala que, en general, nuestras sociedades no parecen haberse percatado de la magnitud y seriedad de los problemas que el proceso de envejecimiento demográfico les plantea en términos del creciente aumento de los adultos mayores.

Este proceso constituye uno de los temas centrales del desarrollo social del presente siglo, como consecuencia de los cambios sociales, económicos, culturales y políticos que conlleva, por lo que genera un interés creciente por parte de las sociedades nacionales, como así también de la comunidad internacional. Es significativo el tema central del Año Internacional de las Personas de Edad (1999) "Hacia una sociedad de todas las edades", así como sus cuatro dimensiones- situación de las personas de edad, desarrollo permanente, relaciones multigeneracionales y desarrollo y envejecimiento de la población. "La noción misma de una "sociedad para todas las edades" refleja una inquietud por lograr que estén integrados todos los grupos etarios. En este sentido, cabe tener presente que muchos de los aspectos de equidad que se refieren a las personas de edad también son pertinentes al resto de la sociedad." (CEPAL, 1997:16). Se trata de un fenómeno social sin precedentes en la historia de la humanidad que mueve a reflexionar sobre la viabilidad y la pertinencia de las políticas de seguridad social, para los adultos mayores y en general, que se requieren políticas integrales orientadas a todas las personas en condiciones de vulnerabilidad socioeconómica.

Desde lo individual implica cambios en el ciclo de vida, por la prolongación de la esperanza de vida. Desde la perspectiva de la población implica "la emergencia de un nuevo estrato demográfico, esto es, una nueva categoría social y demográfica que da cuenta de las demandas, necesidades, responsabilidades y capacidades propias de un grupo poblacional específico" (Canales, op.cit.:502), que los diferencian de los otros grupos etarios. Por otra parte, requiere cambios a nivel social, ya que la sociedad también está envejeciendo.

Dada la vulnerabilidad que presenta una proporción importante de este grupo de la población, debe constituir un problema prioritario para los responsables de la gestión local y de los distintos niveles de gobierno.

Estudios realizados en América Latina indican que en la actualidad los adultos mayores están adquiriendo peso e importancia creciente por las siguientes razones: a) su nivel cultural ha venido creciendo en forma paulatina unido al hecho de que se integra al mercado de consumo ; b) es un grupo con alto potencial y conciencia relativa de su peso, que podrá presionar social y políticamente; c) ha accedido a una notable mejora sanitaria y perspectivas vitales mejores que en el pasado; d) el nivel de ingresos de éste colectivo tiene características de regularidad, seguridad y disponibilidad (CEPAL-CELADE, 1999-2000, CEPAL, 2000).

El propósito de este trabajo es abordar el estudio del envejecimiento desde la perspectiva de la calidad de vida y la diferenciación socioespacial. La utilización de un Sistema de Información Geográfica y la disponibilidad de microdatos-Redatam- permiten analizar estos aspectos a escala intraurbana y la determinación de las áreas donde se concentran las carencias que afectan al grupo de las personas mayores.

En este sentido, el objetivo es analizar la calidad de vida según algunas características sociodemográficas de los adultos mayores de la ciudad de Bahía Blanca, centro urbano intermedio localizado en el sudoeste bonaerense, que de acuerdo a los últimos datos censales de 2001 registra un total de 274.509 habitantes. La fuente de información corresponde a los datos del Censo de Población, Hogares y Vivienda de año 2001 a nivel de radios censales y su tratamiento se realizó mediante la aplicación de REDATAM+SP. El tratamiento de la información censal se realizó mediante Sistemas de Información Geográfica, lo que permitió un análisis intraurbano más detallado. Tomando en consideración que en las últimas décadas se observa un proceso de envejecimiento de la población de esta ciudad, vinculado a cambios en la dinámica demográfica, el interés de este trabajo es establecer la diferenciación socio-espacial en la calidad de vida de los adultos mayores según su lugar de residencia, a partir de la relación entre la localización de este grupo etario con la accesibilidad a la infraestructura y equipamiento de servicios. Se selecciona para el estudio el grupo de 65 años y más, al cual se hace referencia como adultos mayores o población mayor.

La presente investigación se realiza en el marco del Proyecto de Investigación “Factores de cambio en la estructura urbana y dinámica económica bahiense. Segunda etapa”, con financiamiento de la SCyT de la Universidad Nacional del Sur.

Aspectos conceptuales del envejecimiento

La población está dejando atrás una larga etapa signada por altos índices de natalidad y mortalidad, para avanzar hacia un nuevo escenario signado por niveles cada vez más bajos de natalidad y mortalidad, lo que resulta en el incremento, en términos absolutos y relativos, de las personas adultas mayores. En las sociedades actuales hay dos hechos que llaman poderosamente la atención en torno al tema del envejecimiento:

“...las personas viven en promedio más años que antes y hay un importante crecimiento en el número de personas en edades avanzadas. Estos dos aspectos constituyen conceptos diferentes aunque relacionados. El primero es la prolongación de la vida de los individuos; el segundo corresponde al envejecimiento de las poblaciones, que generalmente se expresa en un aumento en la proporción de personas mayores...” (Chackiel, 2000, pp.9).

De allí que el envejecimiento demográfico se define como un aumento de la proporción de personas de edad con respecto a la población total, concepto distinto al de envejecimiento de una persona, que aumenta en función del tiempo. En términos cronológicos, las poblaciones pueden envejecer o rejuvenecer según como varíen las proporciones de los dife-

rentes grupos de edad. Sin embargo, las tendencias observadas en las últimas décadas parecen indicar un progresivo envejecimiento de la población, si no ocurren cambios sustanciales hacia un incremento de la fecundidad, hecho que aparece como poco probable en las condiciones actuales. ... “El envejecimiento refiere a nuevos sentidos y significados de la “dinámica demográfica”. Como régimen demográfico, su especificidad se construye de un modo distinto, no a partir de la dinámica de los “componentes”, sino con base en estructuras sociales y demográficas de diferenciación social.” (Canales, op.cit.: 516).

El estudio del proceso de envejecimiento plantea también desafíos teórico-metodológicos, pues:

“no existe un único paradigma de la vejez y el envejecimiento: la vejez alude a una realidad multifacética atravesada no sólo por el paso del calendario, sino también por aspectos fisiológicos, sociales y culturales.” (CELADE, 2006:14)

Bertranou (2008, 51) establece las siguientes expresiones del envejecimiento:

- El **envejecimiento demográfico** consiste en el incremento de la proporción de personas mayores en la población total.
- **Envejecimiento doméstico**, que consiste en el aumento de la proporción de personas mayores en los hogares, que también puede medirse a través del promedio de adultos mayores por hogar.
- **Envejecimiento individual**, incremento de la edad cronológica de las personas, vinculado al aumento de la esperanza de vida. La incidencia e interpretación depende del contexto sociocultural y de las características personales.

Es preciso establecer una distinción entre el envejecimiento biológico, que guarda estrecha relación con la edad cronológica, y los conceptos sociales de envejecimiento. En palabras de Chackiel, conceptualmente el envejecimiento biológico como proceso irreversible, considera “...vieja a la persona que está en la etapa final de la misma, en la que dicho proceso se hace más acelerado y va comprometiendo las facultades físicas y mentales. Desde un punto de vista sociodemográfico y jurídico-laboral se considera que la vejez comienza a partir de cierta edad o, mejor dicho, de un cumpleaños específico...” (Op.cit: 9-10). Este umbral resulta arbitrario y no puede contemplar la multidimensionalidad de un estado que depende de muchos factores.

Al respecto, Villa y Rivadeneira destacan lo siguiente: “Si bien la edad parece ser el criterio más apropiado para delimitar el envejecimiento, la determinación de un valor numérico estará siempre sujeta a arbitrariedad. Como expresa Bobbio (1997, pp.24):

“..., el umbral de la vejez se ha retrasado a lo largo de la historia: ‘Quienes escribieron sobre la vejez, empezando por Cicerón, rondaban los sesenta... Hoy, en cambio, la vejez, no burocrática sino fisiológica, comienza cuando cada uno se aproxima a los ochenta...’ Solari (1987) sostenía que la edad de la vejez, autopercebida o socialmente asignada, ha venido aumentando. Además de su mutabilidad histórica, la edad conoce múltiples significados, y muchos de ellos aluden más a la calidad que a la cantidad de años vividos...”(2000:26).

Desde luego existe una edad biológica, mediatizada por factores ambientales y rasgos genéticos individuales, hay también una edad social, que refleja los efectos de las normas que rigen los comportamientos de los individuos, como los estructurales referidos a las posibilidades de inserción y participación en las diversas esferas sociales. No debemos olvidar las diversas nociones que varían en relación al contexto espacio-temporal que marque con mayor propiedad el umbral de envejecimiento (Chackiel, 2000, Del Popolo, 2001, Villa y Rivadeneira, 2000).

Laslett (1996) señala que el establecimiento de una edad para la vejez es una construcción social, y “...que sólo parcialmente está determinada por factores biológicos o psicológicos...” (Citado por Chackiel, 2000:10). Según dicho autor se pueden establecer cuatro grandes etapas en el ciclo de vida: la “primera edad” relacionada con la infancia y la juventud; la “segunda edad”, vinculada a la vida activa y reproductiva del individuo; la “tercera edad”, referida a la etapa activa de retiro y por último, la “cuarta edad”, que alude a la fase de declinación, mayor dependencia y deterioro más acelerado de la persona. Considerando entonces la “tercera edad”, el término no sería entonces sinónimo de “vejez”, sino que sólo refiere a una etapa específica de esa condición. Chackiel expresa que con este término se trata de “...describir aquella etapa de la vejez en que las personas son relativamente autónomas, activas y socialmente integradas...” (Op. cit:10).

Por lo tanto, es importante tomar en consideración, de acuerdo con Canales, que:

“La edad es una construcción social que con base en determinadas relaciones define una división social del trabajo, del poder y las responsabilidades entre los distintos individuos de una población. El envejecimiento biológico es así sobredeterminado por el envejecimiento social en un proceso en que los significados de las distintas edades o etapas del ciclo vital de un individuo son construidos socialmente y en forma diferenciada.” (Op.cit.: 504)

Es importante considerar que además de la acepción biológica, vinculada con la edad cronológica, también se distinguen la subjetiva y la social.

“La edad subjetiva apunta al envejecimiento psicológico y a la forma en que el individuo enfrenta y resuelve los conflictos derivados de los trastornos vinculados al avance de la edad biológica. Está influenciada por la apreciación social de la vejez y por la experiencia individual de la misma. La edad social se refiere a la definición predominante de la vejez y está influenciada por componentes formales, como las normas legales que regulan la jubilación y por otros de tipo estructural, que condicionan la inserción de las personas en la sociedad y el comportamiento cotidiano que de ellos se espera varía enormemente entre países.”(CEPAL, 1997:16)

La vejez trae transformaciones personales, en las condiciones físicas, independencia económica y funcional, modificación en los roles familiares, participación en el mercado laboral, el uso del tiempo libre, etc. (Villa y Rivadeneira, 1999). No se puede obviar el hecho de que edad avanzada y vejez no significan necesariamente lo mismo. La edad cronológica no admite ambigüedades, sin embargo, no sucede lo mismo con la condición de vejez, cuyo significado ha variado y probablemente seguirá transformándose en el tiempo (Aranibar, 2001). “Existe consenso en que la relación entre la edad y el envejecimiento no es directa ni causal, pues el factor clave no es la cantidad de años vividos sino la calidad de esa vida.” (CEPAL, 1997: 15).

El hecho de que la edad y otras características que integrarían el concepto de vejez varíen según culturas, países o clases sociales, son cuestiones que deben tenerse presentes puesto que tienen implicancias para su análisis, sobre todo en una región tan heterogénea como lo es América Latina, donde los grupos de escasos recursos siguen trabajando hasta después de la edad legal de retiro (Chackiel, 2000). Aunque el envejecimiento es un fenómeno universal, hay diferencias importantes entre continentes y aún entre países, que se originan, como se ha mencionado precedentemente, en las diferencias de sus componentes demográficos (mortalidad, fecundidad y migración) los cuales evolucionan de manera desigual en cuanto a la intensidad de sus cambios. Por ello, se dice que el envejecimiento de los países “...se desarrolla en el contexto de sus experiencias de transición demográfica...” (Villa y Rivadeneira, 2000).

Envejecimiento y Calidad de Vida

El concepto de calidad de vida que viene siendo ampliamente utilizado, en las últimas décadas, en diversas disciplinas sociales así como en la planificación y las políticas sociales, centrado en el estudio de complejos problemas sociales, económicos, territoriales, ambientales, también se está aplicando en relación al envejecimiento. “La calidad de vida en la

vejez es un asunto trascendental que afecta no sólo a las personas mayores, sino también a sus familias y al conjunto de la sociedad”. (CELADE, 2006:15).

Definir el concepto de calidad de vida es complejo, dado su carácter multidimensional, puesto que abarca tanto a aquellas necesidades materiales –vivienda, alimentación, vestimenta - como a las que hacen al óptimo desarrollo, tanto físico como espiritual de la persona -educación, salud, infraestructura básica de servicios y equipamiento comunitario, recreación. Por lo tanto, la calidad de vida de los ciudadanos dependerá tanto de factores sociales y económicos, como de aquellos relacionados con las condiciones ambientales y físico-espirituales (García. et al., 2005).

Varios son los conceptos que se han aplicado, como son los de bienestar económico, el nivel de vida, las condiciones de vida, y más recientemente la calidad de vida, por lo cual definir el concepto resulta una tarea compleja por las dificultades en aprehender sus múltiples connotaciones.

Es necesario tener en cuenta las diferencias que se establecen entre los distintos conceptos que guardan relación con el de calidad de vida, por lo cual se hace una revisión de los mismos. Así el bienestar económico o nivel de vida se refiere básicamente al nivel de consumo del individuo, es decir, el grado de satisfacción de las necesidades individuales. Robert Erikson (1996) define nivel de vida “...como el dominio del individuo sobre los recursos en forma de dinero, posesiones, conocimiento, energía mental y física, relaciones sociales, seguridad y otros por medio de los cuales el individuo puede controlar y dirigir y consecuentemente sus condiciones de vida...” (pp107).

El nivel de vida en palabras de Quintero y González se refiere sólo a:

“...aspectos económicos y materiales en que se desenvuelve la vida: incluye salario, propiedades, equipamiento, vivienda en fin, la capacidad de consumo en su sentido más amplio. Este indicador puede tener expresiones contradictorias; es necesario un mínimo de nivel de vida que garantice pleno acceso a la satisfacción de las necesidades de las personas, pero puede tener una expresión enajenada cuando las personas subordinan su nivel al consumo con un sentido competitivo, no reconocen sus verdaderas necesidades...” (Citado en Arambar, 2001:24).

Desde otra perspectiva, es importante a considerar el concepto de bienestar económico que se refiere a las condiciones del entorno socioeconómico en que se desarrolla la vejez. Agrega que

“De esta forma es posible entender que las desigualdades de género son consecuencia de las condiciones en que se desarrolla la actividad de las mujeres durante su ciclo de vida; las desigualdades por edad,

como consecuencia de efectos cohorte y por la incapacidad de los sistemas de garantía de rentas (públicos o privados) de asegurar el mantenimiento de rentas durante períodos amplios, o las desigualdades en función de la residencia pueden registrarse mediante el equipamiento y los servicios públicos a los que tienen acceso los ancianos...” (Aranibar, 2001: 28).

En cuanto a las condiciones de vida, se está entendiendo en el sentido de las condiciones materiales de vida que abarca, básicamente, las condiciones de vivienda, infraestructura y servicios. De esta manera, queda incorporado en el estudio de calidad de vida

Calidad de vida y bienestar económico constituyen dos conceptos realmente útiles para el análisis de la población adulta mayor, aunque el segundo tienen mayores posibilidades de operacionalización. En palabras de Paula Aranibar

“...el concepto de calidad de vida en su actual grado de desarrollo teórico conceptual no posee alcance suficiente para analizar la incidencia que diversos factores estructurales (clase social, género, etnia, lugar de residencia e inclusive la edad) tienen sobre la definición y jerarquización de los factores de calidad de vida.” (2001: 28).

El concepto de calidad de vida se considera el más abarcativo y en él pueden diferenciarse dos dimensiones: la privada, de cada hogar y familia, y la pública, derivada de la generación de políticas públicas. La primera remite a las condiciones en el propio hogar, vivienda o núcleo familiar, es decir, nivel de instrucción alcanzado, tipología de vivienda, condiciones de salud, comodidades de habitación, ingresos, etc. Los indicadores frecuentemente utilizados para medir la calidad de vida en su dimensión privada, están referidas a necesidades básicas del hogar y la vivienda.

Por otro lado, se diferencia la calidad de vida en su dimensión pública. Esta refiere básicamente a la accesibilidad de la población, los hogares y las viviendas a mejoras en infraestructura básica de servicios y equipamiento comunitario (García, 2004, Velázquez, 2005). La mejora en la calidad y cobertura de los servicios públicos permite a los habitantes reducir los efectos de la pobreza y mejorar así su calidad de vida.

En los últimos años el pensamiento de Amartya Sen ha generado influencia en el debate en torno a dicha problemática. El punto de vista del autor es que la calidad de vida de una persona debe valorarse en términos de sus capacidades. Es decir aquellas habilidades o potencial individual para lograr un funcionamiento valioso. Algunas de ellas son muy elementales –estar nutrido, poseer buena salud- y otras en cambio son más complejas, como lograr la integración social y la dignidad personal (Sen, 1996). Además, en la determinación conceptual como en la operacionalización, incide de manera importante el contexto de referencia, por lo cual resulta

muy difícil establecer una definición operativa general de **calidad de vida en la vejez**, no sólo en América Latina, sino también a nivel de los países.

La producción teórico-metodológica sobre la vejez y el envejecimiento en América Latina han sido liderados por organismos internacionales, como la CEPAL, CELADE, la OMS/OPS, que han aportado valiosos antecedentes e insumos sobre el nivel y modo de vida de las personas de edad en la región (Aranibar, 2001). El mejoramiento de la calidad de vida de la población latinoamericana en general, y de los ancianos en particular, constituye un tema recurrente en los objetivos de los planes, programas y políticas dirigidos a las personas de edad en la región.

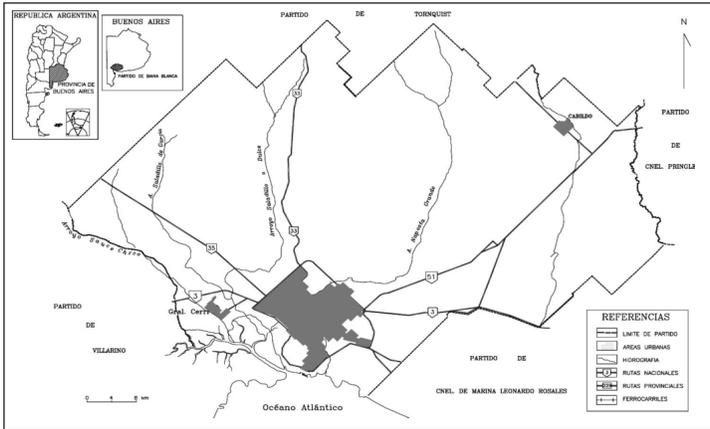
En particular, el concepto de calidad de vida aplicado a la vejez debe contemplar las especificidades del grupo etario, fisiológicas y sociales, “y considerar las diferencias respecto a las anteriores etapas del ciclo de vida. A ello se suma la necesidad de identificar los elementos de naturaleza objetiva (redes de apoyo, servicios sociales, condiciones económicas, entorno, entre otros) y subjetiva (satisfacción, autopercepción) intervinientes” (CELADE, 2006:15).

Si bien hay diferencias, se han alcanzado algunos consensos respecto a la calidad de vida en personas mayores (Aranibar, 2001:25). Primero, la especificidad, que dependerá del contexto histórico, demográfico, político y social. Un segundo elemento de consenso sobre el concepto de calidad de vida es su condición de multidimensionalidad. Lo anterior implica así como consideramos factores personales –salud, actividades, ocio, habilidades funcionales, etc...- también habremos de considerar los factores socioambientales o externos - la salud está íntimamente asociada con los servicios sociales existentes y disponibles, las actividades de ocio con la calidad del ambiente, la satisfacción con factores culturales, las relaciones sociales con el apoyo social y las habilidades funcionales con las condiciones económicas de las personas mayores, etc.-. En tercer lugar, un concepto operativo de calidad de vida debe contener tanto aspectos subjetivos (valoraciones, juicios, sentimientos, etc.) como objetivos (servicios con los que cuenta la persona, nivel de renta, etc.).

Adultos mayores y calidad de vida en Bahía Blanca

Bahía Blanca, ciudad de tamaño intermedio, está ubicada en el suroeste de la Provincia de Buenos Aires-Argentina. El sostenido ritmo de crecimiento registrado en la ciudad y las importantes funciones portuario-industriales que allí se desarrollan, le otorgan la categoría de centro urbano regional (Figura 1). En este sentido, constituye un importante nodo de comunicaciones y transporte a escala regional y muy particularmente, a escala nacional, como así también un importante centro de servicios.

Figura 1
Ubicación geográfica del Partido y Ciudad de Bahía Blanca



En los últimos años el deterioro en las condiciones de empleo ha intensificado las carencias que afectan la calidad de vida de la población, evidenciadas en una densificación del hábitat a través de procesos de urbanización informal de grupos sociales de escasos recursos, y en el agravamiento del problema habitacional.

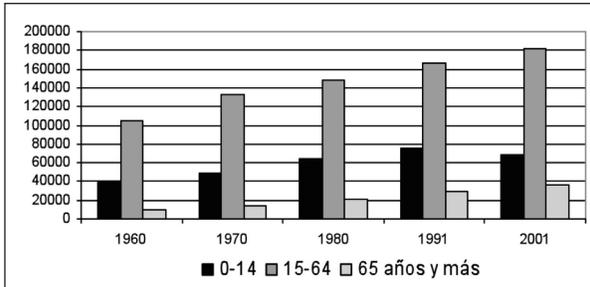
El fenómeno del envejecimiento muestra diferencias sustanciales en distintas escalas de análisis, originadas en la dinámica de sus componentes demográficos (fecundidad, mortalidad y migraciones), que evolucionan de manera heterogénea en cuanto a la intensidad y magnitud de los cambios.

En el caso de la ciudad de Bahía Blanca, se evidencia el proceso de envejecimiento de la población en la importancia creciente del número de personas de 65 años y más, tanto en términos absolutos como relativos, como se observa en los datos correspondientes a las últimas cuatro décadas, 1960-2001 (Gráficos 1 y 2). A fin de dimensionar el proceso en términos comparativos, para América Latina, CEPAL ha establecido las siguientes etapas en el proceso de envejecimiento de la población, de acuerdo al porcentaje de personas de 60 años y más (Bertranou, 2008: 20): **Iniciante** 5 a 7%, **Moderado** 7 a 8%, **Moderado-avanzado** 8 a 10% y **Avanzado** mayor a 10%. Si bien el grupo seleccionado para este estudio es el de 65 años y más, dado que corresponde a un número menor de edades se considera válida su referencia.

Se destaca el cambio más reciente ya que en el año 1991, en Bahía Blanca, el total de personas de 65 años y más era de 29.414 efectivos y en el año 2001 ese total se eleva a 35.719. En términos porcentuales, ese gru-

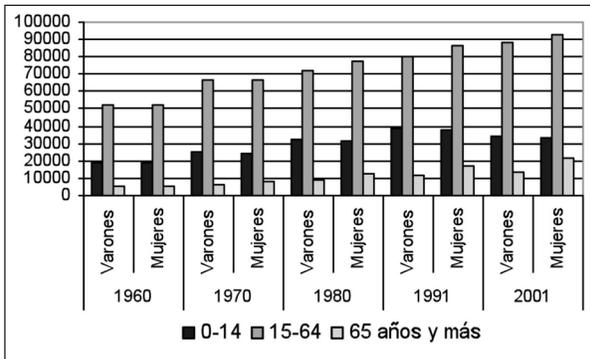
po poblacional pasó de 10,8 % a 12,5 %. Se observa una marcada presencia del sexo femenino, motivo entre otras causas, por el aumento de la esperanza de vida.

Gráfico 1
Evolución del crecimiento poblacional 1960-2001
Bahía Blanca



Fuente: INDEC, Censos Nacionales de Población 1960, 1970, 1980, 1991 y 2001.

Gráfico 2
Evolución del crecimiento poblacional por sexo 1960-2001
Bahía Blanca

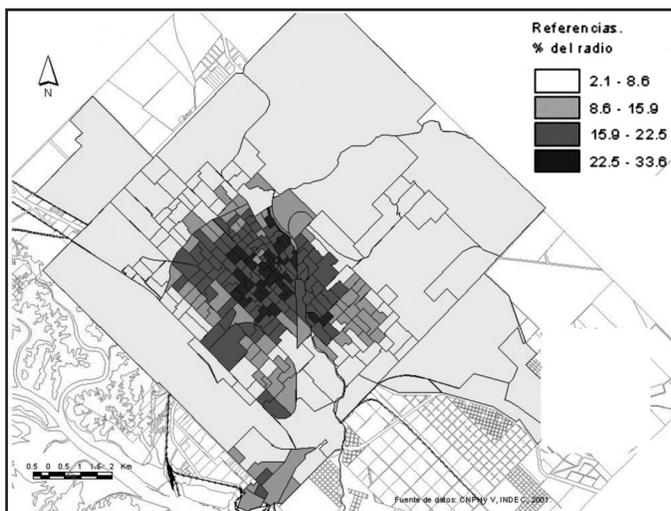


Fuente: INDEC, Censos Nacionales de Población 1960, 1970, 1980, 1991 y 2001.

Se observan diferencias significativas en los pesos relativos de los adultos mayores en el total de población de los radios, que se corresponde con el patrón típico urbano donde las mayores proporciones de este grupo etario se concentran en las áreas centrales. Los valores más bajos y que, en general, representan cantidades reducidas de personas mayores, se localizan hacia la periferia. Los mayores valores (entre 22.5 a 33.6 %) se concentran, como se puede observar en la Figura N° 2, en el micro-

centro y radios contiguos. Se agregan algunas áreas del macrocentro de la ciudad, a las que se le agregan algunos barrios de antiguo poblamiento, como Comahue (hacia el norte), Pacífico y Villa Mitre (hacia sudeste). Las mayores concentraciones de adultos mayores en el centro están en relación con la facilidad en el acceso a los diversos bienes y servicios, lo que incide en desplazamientos de corta distancia y menor demanda de transporte. La proporción de adultos mayores por radio disminuye progresivamente desde el centro de la ciudad de Bahía Blanca hacia la periferia, donde se conforma una amplia corona con los valores mínimos, que oscilan entre un 2.1 a 6.6 por ciento de personas mayores por radio censal. En estos espacios de borde, donde predomina la trama más abierta, tanto en los barrios residenciales del norte y este, de mayor prestigio y con nuevos formatos tipo barrio cerrado y country club, como en las áreas de hábitat popular del sur y oeste, donde se localiza una gran proporción de asentamientos carenciados, predominan las familias de parejas más jóvenes y niños.

Figura 2
Población de 65 años y más



Fuente: CNPHyV, INDEC 2001

Índice de Calidad de Vida para adultos mayores

Este trabajo constituye una primera aproximación al estudio del proceso de envejecimiento en Bahía Blanca y se orienta a la construcción de un Índice-resumen de Calidad de Vida (ICV) para la población adulta mayor de este aglomerado urbano, abordando el concepto de calidad de

vida desde la visión que la define como “una medida de logro respecto de un nivel establecido como óptimo teniendo en cuenta dimensiones socio-económicas y ambientales dependientes de la escala de valores prevalentes en la sociedad y que varían en función de las expectativas del progreso histórico” (Velázquez, 2001, pp15).

Siguiendo los lineamientos establecidos por Velázquez (2001), en la construcción del ICV se incorporan las siguientes dimensiones: vivienda, educación, salud y ambiente. En cada una de ellas se seleccionan los indicadores que se consideran significativos para el análisis de la diferenciación socio-espacial de la calidad de vida intraurbana y corresponden al porcentaje de población de 65 años y más por radio censal, excepto en el indicador de espacios verdes.

Tabla 1

Dimensión	Variable	Ponderación
Vivienda	Porcentaje de Adultos Mayores en Viviendas con Calidad de Materiales I (CALMAT I)	1,0
	Porcentaje de Adultos Mayores en Viviendas con Inodoro con descarga de agua y desagüe a red pública	1,0
	Porcentaje de Adultos Mayores en hogares con Hacinamiento más de 2 personas por cuarto	1,0
Educación	Porcentaje de Adultos Mayores con Nivel de Instrucción menor a Primario Completo	1,5
	Porcentaje de Adultos Mayores con Nivel de Instrucción Universitario Completo	1,0
Salud	Porcentaje de Población sin Cobertura Social en Salud	2,0
	Porcentaje de Adultos Mayores en Hogares con acceso al agua potable fuera de la vivienda	1,0
Ambiental	Porcentaje de Adultos Mayores en Viviendas con servicio de recolección de residuos	1,0
	Superficie de Espacios Verdes por Adulto Mayor	0,5
Total		10

Fuente Elaborado sobre la base de Velázquez y Gómez Lende, 2005.

El primer paso para la elaboración del índice de calidad de vida es la transformación de los porcentajes en números índice parciales, lo que se realizó según el siguiente procedimiento, según el tipo de variable:

VARIABLES cuyo incremento implica peor situación relativa:

$$I = \text{Máximo} - a / \text{Máximo} - \text{Mínimo}$$

VARIABLES cuyo incremento implica mejor situación relativa:

$$I = 1 - (\text{Máximo} - a / \text{Máximo} - \text{Mínimo})$$

El índice final de calidad de vida consiste en la sumatoria de los valores índice de cada variable, ponderados según el peso relativo asignado.

Los índices por radio alcanzan valores comprendidos en un rango entre 0 y 10, para reflejar la peor y mejor situación. (Velázquez, 2001, 2005).

Dimensión Salud

La calidad de vida de las personas de 65 años y más está relacionada con el acceso que tienen a los recursos, tanto monetarios como no monetarios, suficientes para que puedan vivir una vejez en condiciones saludables y desarrollando actividades. De allí que la calidad de vida es el resultado de las condiciones existentes en diversos aspectos: desde el punto de vista de la *salud*, que el adulto mayor tenga la posibilidad de contar con la atención médica adecuada para prevenir y controlar enfermedades que provocan deterioro; desde la perspectiva *económica*, la capacidad de percibir un ingreso que les permita satisfacer las necesidades básicas de salud, alimentación, vestido; desde el punto de vista *emocional, social o de la autopercepción*, la disponibilidad de opciones y la adaptabilidad de las personas mayores a los cambios que implica envejecer.

Desde el plano de la salud de los adultos mayores, se han considerado los siguientes indicadores de análisis en la construcción de ICV:

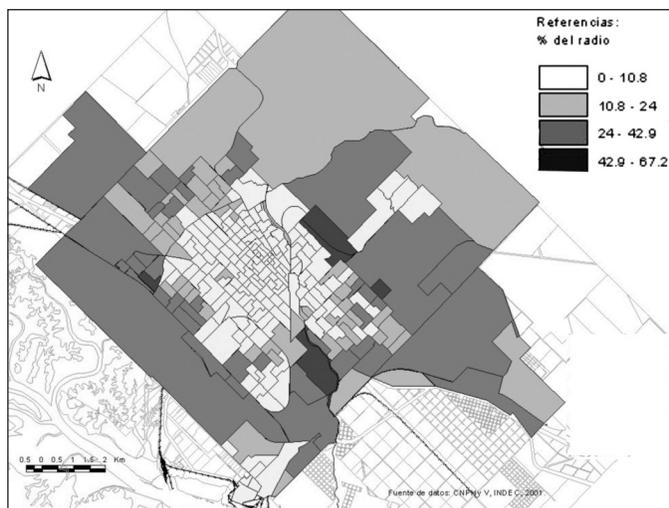
- Porcentaje de adultos mayores sin cobertura social
- Porcentaje de adultos mayores en hogares con acceso a agua potable fuera de la vivienda

Al considerar la accesibilidad a la atención a la salud en adultos mayores, que es representativo de los riesgos a lo que los grupos sociales se encuentran expuestos, se observa en la Fig. N° 3, que el porcentaje de adultos mayores sin cobertura en salud se torna más desfavorable para aquellos sectores sociales que coinciden con la localización de asentamientos carenciados –Villa Miramar, Stella Maris, Villa Nocito, a los que se agregan los localizados en el área circundada por el arroyo Napostá y las vías férreas que comprenden un total de 8 asentamientos marginales en precarias condiciones socio-habitacionales, con valores que oscilan entre 42.9 y 67.2 % de los adultos mayores sin cobertura social. La siguiente categoría, y aún con valores importantes, se extiende en la periferia abarcando los asentamientos carenciados de Bajo Rondeau, Escuela 513, Mariano Moreno, Vista al Mar, Barrio Saladero, y los barrios Rosendo López, Estomba y Belgrano al noroeste.

Al observar los datos censales de cobertura en salud, por grupos quinquenales, para el conjunto de la ciudad, se destaca que la mayor proporción de adultos mayores sin cobertura corresponde al de 65-69 años, que alcanza aproximadamente al 19%. Esta situación seguramente está relacionada con el problema de precarización en el mercado laboral que se agudizó en la última década.

Considerando el porcentaje de adultos mayores en hogares con acceso al agua potable fuera de la vivienda, expresado como un indicador de habitabilidad relacionado con la salud de la población, las situaciones más críticas se observan en la periferia del ejido urbano, con valores que oscilan entre 22,7 y 50,0 %, y con aquellos espacios de reciente ocupación, que no tienen alcance generalizado al servicio de agua corriente y la infraestructura necesaria de conexión no llega al interior de gran parte de las viviendas (Fig. N° 4). Si bien la ciudad cuenta con una amplia red de distribución de agua potable, hay ciertos sectores de la periferia que no están servidos por la red pública, especialmente sectores fuera del precinto urbano consolidado- que constituyen un espacio extendido en la periferia de la ciudad- o bien los hogares que carecen de la conexión al interior de la vivienda; no siempre el proceso de urbanización espontáneo se ve acompañado por el suministro de la infraestructura básica de servicios y en especial en el caso de los asentamientos carenciados, especialmente los de formación más reciente, en que son frecuentes las conexiones clandestinas. La amplia disposición del servicio en la trama urbana consolidada queda expresada en la amplia extensión central que corresponde a los valores menores, 0 a 2,5 %

Figura 3
Adultos mayores sin cobertura social



Fuente: CNPHyV, INDEC 2001

Dimensión vivienda

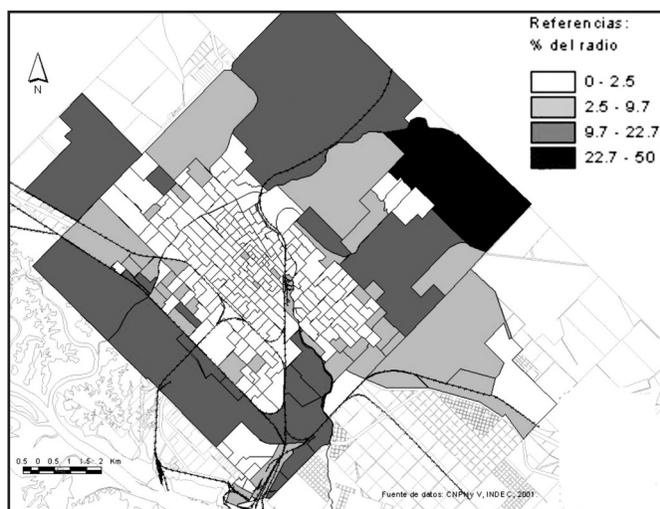
La vivienda constituye un importante componente del bienestar social y se destaca la necesidad de contar con unidades habitacionales

que permitan, a los hogares, satisfacer las necesidades básicas y alcanzar adecuadas condiciones de vida.

En la dimensión vivienda, se han considerado los siguientes indicadores en la construcción de ICV:

- Porcentaje de adultos mayores en hogares con hacinamiento (más de 2 personas por cuarto)
- Porcentaje de adultos mayores en hogares con CALMAT I
- Porcentaje de adultos mayores en viviendas con inodoro con descarga de agua y desagüe a red pública,

Figura 4
Adultos mayores en hogares con acceso a agua potable fuera de la vivienda



Fuente: CNPHyV, INDEC 2001

En relación al Hacinamiento por cuarto de hogares, se considera importante porque pone en evidencia el aspecto cuantitativo del déficit habitacional y constituye un indicador relevante para medir las condiciones de vida de adultos mayores. El análisis de este indicador (Fig. N° 5) a nivel de los radios censales, nos indica que las áreas críticas coinciden con la periferia urbana, con valores entre 11,9 y 26,5 % de adultos mayores en hogares con hacinamiento de más de 2 personas por cuarto, coincidentes con los asentamientos precarios de Stella Maris, Spurr, Villa Rosario, Villa Esperanza, Villa Alberdi, Villa El Porvenir, El Progreso, Villa Juncal, Villa Rosario, Bajo Rondeau, Barrio Vista al Mar (ex - Caracol). Las áreas próximas, que registran valores que oscilan entre 5,7 y 11,9 %, también

corresponden a asentamientos marginales como Loma Paraguaya, Villa Parodi, Villa Miramar y Villa Nocito.

Un indicador con importantes variaciones según el momento demográfico y socioeconómico de la población es la calidad de los materiales de la vivienda, el cual permite apreciar la segmentación habitacional. Para analizar esta dimensión hemos considerado el porcentaje de adultos mayores en viviendas con calidad de materiales I (CALMAT I) a partir de los datos elaborados por el INDEC 2001.⁴

Desagregando el análisis espacial (Fig. N° 6), es posible observar para el caso de CALMAT I, una concentración con altos porcentajes de adultos mayores -91,4 a 100%- habitan viviendas de buena calidad en el área central de la ciudad y algunos barrios periféricos.

A medida que nos acercamos a la periferia de la ciudad, el porcentaje de adultos mayores en viviendas con características CALMAT I va disminuyendo alcanzando los valores más bajos, entre 0 y 32,4 %, en radios coincidentes, como se expresará anteriormente, con el emplazamiento de asentamientos carenciados.

Otro indicador de habitabilidad de la vivienda es la dotación de servicios básicos. Este componente tiene una importante relación con el estado de salud de la población. En relación a las condiciones de habitabilidad se consideró el porcentaje de adultos mayores habitando viviendas con inodoro con descarga de agua y desagüe a red pública, que hace referencia a las características del servicio sanitario. La tenencia de baño permite identificar hogares que no cuentan con sistema de eliminación de excretas, lo cual constituye un indicador de precariedad en las condiciones de vida. Se observa (Fig. N° 7) que la periferia urbana, en la que se destaca el emplazamiento de asentamientos precarios, se encuentra en situaciones de alta vulnerabilidad, ya que los radios presentan valores que oscilan entre 0 y 18,8 %, la categoría más crítica. También la categoría siguiente, con localizaciones periféricas, comprende radios en situaciones problemáticas, ya que abarca desde 18,8 a 63,5 % de adultos mayores en hogares que disponen de un adecuado sistema de eliminación de excretas.

Figura 5
Adultos mayores en hogares con hacinamiento
(más de 2 personas por cuarto)



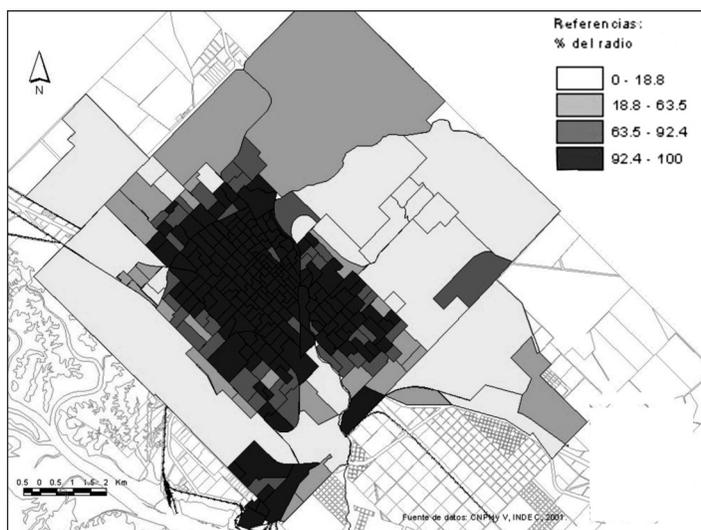
Fuente: CNPHyV, INDEC 2001

Figura 6
Adultos mayores en viviendas con mejor calidad de materiales
(CALMAT I)



Fuente: CNPHyV, INDEC 2001

Figura 7
Adultos mayores en hogares con inodoro con descarga de agua y desagüe a red pública



Fuente: CNPhyV, INDEC 2001

Dimensión educación

El nivel educativo de las personas influye sobre su calidad de vida. En el caso de las personas de edad, la lectura, por ejemplo, constituye una actividad propicia para ocupar el tiempo libre, y no solamente como actividad recreativa sino por sus efectos positivos sobre la salud. Algunas investigaciones han mostrado que las actividades intelectuales disminuyen los riesgos de sufrir enfermedades mentales. Por otra parte, la educación en su sentido más amplio (incluida la capacitación laboral), influye sobre la plena integración en la sociedad del adulto mayor.

La cantidad y calidad de la educación que se otorga y se recibe dependen de la clase social, del medio rural o urbano, del sexo y también de la cohorte de edad a la que se pertenece y, por lo tanto, con rasgos propios cuando se trata de edades avanzadas.

En la dimensión educación, se han considerado los siguientes indicadores de análisis en la construcción de ICV:

- Porcentaje de adultos mayores con nivel de instrucción menor a primario completo,
- Porcentaje de adultos mayores con estudios universitarios completos

Al describir y analizar las condiciones educativas de la población en edades mayores deben tomarse en cuenta algunos factores propios de esas generaciones, los cuales incluyen antecedentes educativos determinados por el contexto social, económico e histórico del país. El nivel de instrucción se adquiere, en la mayor parte de los casos, en las primeras etapas de la vida, de tal manera que la enseñanza que se alcance en las primeras edades es la que mantiene la persona como adulta y hasta la vejez.

La Fig. N° 8 muestra los porcentajes de población de 65 años y más con nivel de instrucción menor a primario completo (hasta 6 años de instrucción aprobados). La disposición de este indicador en la configuración territorial de la ciudad es heterogénea. Los valores que corresponden a las mejores situaciones, porcentajes más bajos, se localizan en radios del micro y algunos del macrocentro, pero en número reducido en el sector sur. En el resto del macrocentro, particularmente hacia el oeste y a medida que se incrementa la distancia al centro, se observan valores mayores. Las proporciones aumentan progresivamente hacia la periferia con valores de entre 36,6 y 52,2, en la tercera categoría y las situaciones más críticas que alcanzan a 52,3 a 91,7 % de adultos mayores con nivel de instrucción menor a primario completo. Como en los casos anteriores, aquí también se destacan los asentamientos cadenciados entre los radios que alcanzan los mayores porcentajes.

Por su parte, en la Fig. N° 9 se observa el reducido número de radios donde se concentran los niveles más altos de instrucción, que corresponden a estudios universitarios completos- con 17 años de instrucción aprobados- con valores que alcanzan entre 10,8 a 28,6 % de los adultos mayores por radio censal, en coincidencia con el Barrio Palihue, algunos del microcentro y en el eje Alem. Las dos siguientes categorías se concentran en radios del centro (5,4 a 10,8 %) y algunos contiguos en el macrocentro (1,7 a 5,4%). Luego, se extiende hacia la periferia una amplia y continua corona donde, prácticamente, no se registran adultos mayores con estudios universitarios completos (0 a 1,7% de los adultos mayores del radio).

En el análisis de los datos censales, para el conjunto de la ciudad y considerando la población de 65 años y más por grupos quinquenales, se observa que es el grupo de 65-69 años el que presenta un mayor nivel de instrucción, que estaría indicando mayores y mejores oportunidades para este grupo en el transcurso del tiempo. Hasta 7 años de instrucción agrupa al 72% de personas en ese grupo, hasta 12 años el 21 % y con trece años y más de instrucción el 7 %. En todos los casos la situación más ventajosa corresponde a los hombres, con el menor porcentaje en la primera categoría y mayores en las dos restantes, respecto de las mujeres.

Dimensión ambiental

Alcanzar una aceptable calidad de vida implica no solo satisfacer aquellas necesidades básicas como vivienda, educación y salud, sino también, contar con espacios verdes aptos para satisfacer actividades de ocio y recreación.

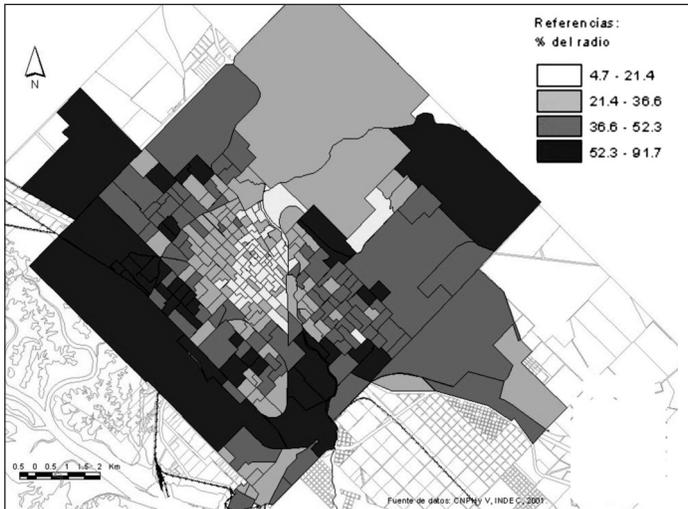
En la construcción del ICV se han considerado dos indicadores para la dimensión ambiental, que corresponden a:

- Superficie de espacios verdes por adulto mayor.
- Porcentaje adultos mayores en radios con servicio de recolección de residuos domiciliarios.
- Los espacios verdes en la ciudad de Bahía Blanca (Fig. N° 10) comprenden plazas y parques, que evidencian una desigual distribución espacial, con máximas concentraciones en la zona centro-norte, que se corresponden con los Barrios Universitario, Napostá, Santa Margarita, San Cayetano y Floresta. La ciudad posee seis parques y una zona verde en el sector NO de la ciudad, a lo que se agrega, en el ámbito de lo cotidiano, las plazas que poseen una mayor distribución espacial. Se destaca una mayor concentración de esta oferta recreativa en los sectores Norte y Este, que se corresponden con áreas residenciales exclusivas, tanto en la trama consolidada como de la periferia urbana, que disfrutan de notables condiciones paisajísticas y ambientales. El sector SO y Oeste de la ciudad, se destaca por la presencia el denominado Parque de la Ciudad -en cuyas instalaciones funciona el Museo de Ciencias Municipales. En el sur el único espacio verde importante es el Parque Illia, con una extensión de 3 hectáreas.
- Hay tres áreas amplias que no se han consolidado porque no corresponden a espacios verdes disponibles. En el sector este, el Parque Campaña al Desierto y General Belgrano no se consideran debido a que son espacios de reserva, no consolidados. En el suroeste, al Complejo Almirante Brown, donde se localizan el Balneario Maldonado, que está habilitado sólo en época estival y presenta dificultades para el acceso, debido a su localización en la franja costera del estuario.

Respecto de la distribución de estos espacios verdes, la menor incidencia se detecta en los sectores sur y oeste, con predominio de barrios de hábitat popular. Justamente es aquí donde se requiere una mayor disponibilidad de espacios recreativos, por las fuertes restricciones en la habitabilidad y las inadecuadas condiciones del entorno. Lo frecuente es que las plazas en las áreas periféricas se encuentren sin ningún tipo de mantenimiento u ordenamiento, constituyendo espacios vacíos abandonados, plagados de malezas, déficit de equipamiento y arbolado urbano (García, Martín y Prieto, 2005, Prieto, 2007).

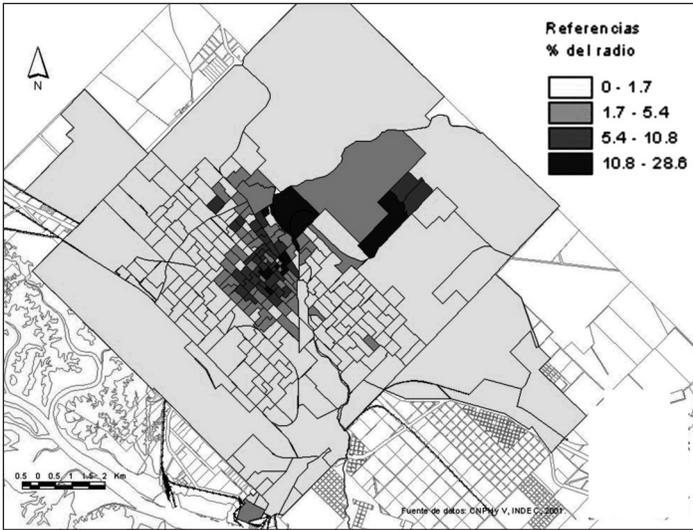
Respecto del indicador de servicio de recolección de residuos domiciliarios (Fig. N°11) una situación bastante heterogénea se agrupa en la primera categoría, ya que abarca una gran variedad de valores correspondientes a radios localizados mayoritariamente en la periferia, los que presentan algún tipo de déficit en la prestación del servicio. En general, la ciudad dispone de un muy buen servicio y con adecuada frecuencia de recolección de servicios domiciliarios. Como se ha puesto de manifiesto en los otros indicadores, también en este caso las mejores condiciones del servicio se registran en la trama urbana consolidada y, particularmente, en las áreas centrales, donde el servicio se presta con mayor frecuencia semanal y regularidad. También aquí se pone de manifiesto la marginalidad de la periferia, donde a las condiciones precarias del hábitat se agregan las condiciones ambientales deficitarias.

Figura 8
Adultos mayores con nivel de instrucción menor a primaria completo



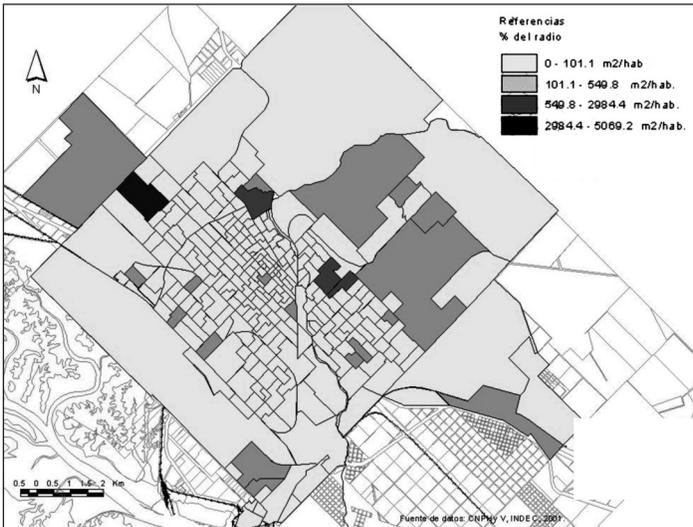
Fuente: CNPhyV, INDEC 2001

Figura 9
Adultos mayores con nivel de instrucción universitaria completa



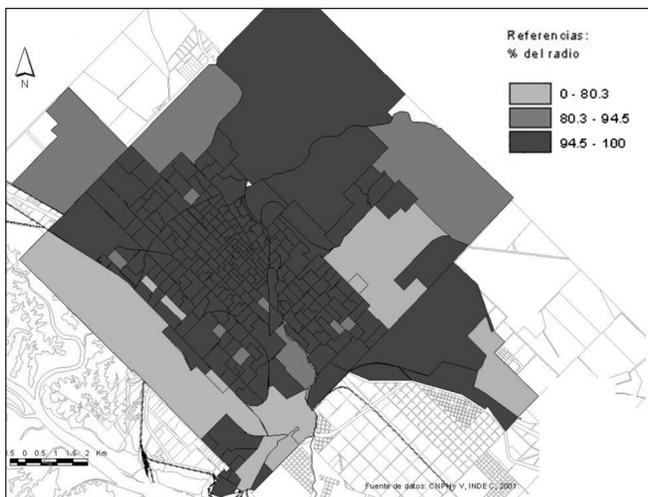
Fuente: CNPHyV, INDEC 2001

Figura 10
Superficies de espacios verdes por adulto mayor



Fuente: CNPHyV, INDEC 2001

Figura 11
Adultos mayores en viviendas con servicio de recolección de residuos



Fuente: CNPHyV, INDEC 2001

Índice de calidad de vida de adultos mayores

Las áreas con el mejor índice de calidad de vida, con valores entre 6,4 y 7,6 puntos corresponden al micro y macro centro de la ciudad de Bahía Blanca al que se le agregan algunos barrios residenciales de prestigio como Barrio Parque Palihue. Estas áreas se encuentran provistas de muy buena calidad en la construcción de sus materiales, agradables condiciones de calidad ambiental y adecuada cobertura en atención de salud, sistema educativo y condiciones habitacionales (Fig. N° 12).

Las áreas comprendidas entre valores que oscilan entre 5.4 y 6.4 puntos de ICV se encuentran dotados de buena accesibilidad a los servicios de salud, educación, calidad habitacional y adecuada superficie de espacios verdes por habitante. Los radios que alcanzan dichos valores de ICV corresponden a la trama urbana consolidada y a barrios residenciales de prestigio de la periferia norte-este de la ciudad, como Barrio Parque Patagonia y Country Club Bosque Alto y Barrio Cerrado Solares Norte. Los sectores que registran índice de calidad de vida con valores que oscilan entre 4.0 y 5.4 puntos, presentan una mayor dispersión espacial y corresponden a situaciones periféricas y asentamientos carenciados, con déficit importante en la provisión del servicio de agua potable, dificultades en el acceso a los centros de salud, así como carencias en el sistema educativo y las condiciones habitacionales.

Por último, se evidencian aquellas áreas con valores entre 1.8 y 4.0 puntos, de muy baja calidad de vida, localizadas en la periferia suroeste y este de la ciudad de Bahía Blanca. Estas áreas de muy baja calidad de vida coinciden con la localización de diversos asentamientos carenciados en la periferia suroeste, entre el arroyo Napostá y las vías del ferrocarril. Se agregan Villa Miramar, Stella Maris en el sector este.

Como puede observarse, a partir de las dimensiones consideradas –vivienda, educación, salud y ambiente– con los datos correspondientes al Censo de Población, Hogares y Vivienda del año 2001, quedan representados cuatro anillos que representan la calidad de vida de la población en la ciudad de Bahía Blanca. Es importante destacar que los radios con menor calidad de vida se localizan más en forma intersticial, discontinua, entre los anillos de las dos siguientes categorías. De esta manera, la situación de deterioro de calidad de vida en los adultos mayores se intensifica a medida que nos desplazamos desde el centro urbano hacia la periferia, tornando más vulnerable la situación para aquellos grupos sociales de menores recursos económicos que encuentran imposibilitando el acceso a la tierra y la vivienda propia, dando lugar a procesos de urbanización informal en áreas sin dotación de infraestructura básica de servicios.

Consideraciones finales

La medición de la calidad de vida no resulta una tarea sencilla dado su carácter multidimensional, debido a que el concepto varía según el contexto espacio-temporal. En efecto las diversas expectativas y necesidades de la población cambian en función del progreso histórico de cada grupo social y con el su escala de valores.

De acuerdo a los resultados expuestos, el proceso de envejecimiento de la población no escapa a la realidad bahiense, hecho que se ha reflejado en el análisis de los datos demográficos. Hay que destacar que el aumento de la esperanza de vida en muchos casos no va acompañado por un aumento en la calidad de vida de los adultos mayores, pues una proporción importante envejece en graves condiciones de precariedad y vulnerabilidad, tanto económica como social.

Del análisis efectuado, quedan de manifiesto las situaciones de vulnerabilidad y precariedad que afectan al grupo de adultos mayores en la ciudad de Bahía Blanca. Si bien es necesario continuar con este estudio para ir considerando otros aspectos, a partir de la incorporación de nuevas dimensiones e indicadores, es claro que las condiciones se tornan más deficitarias a medida que aumenta la distancia a las áreas centrales, con los casos más críticos localizados en la periferia donde se encuentran los asentamientos carenciados. Es allí donde se registran las condiciones más graves de pobreza, los grupos sociales más vulnerables, que por carecer de recursos resuelven sus problemas habitacionales en viviendas preca-

rias, con inadecuada dotación de servicios básicos, en un hábitat ambientalmente degradado y con dificultades en la accesibilidad y la integración a la ciudad consolidada.

Resulta interesante continuar con el desarrollo de este estudio, profundizando el análisis del envejecimiento en la ciudad de Bahía Blanca así como la incorporación de diversas variables de análisis –segregación residencial, vulnerabilidad, etc.- relacionadas con dicha temática. Es preciso profundizar el estudio para establecer en qué medida la situación de los adultos mayores en Bahía Blanca se aproximan a las condiciones de vida que corresponden a una tercera y cuarta edad, así como las políticas aplicadas a nivel local, orientadas al proceso de envejecimiento de la población bahiense. En el marco de las nuevas interpretaciones del envejecimiento, de los nuevos enfoques de las potencialidades y las limitaciones de las personas a partir de los 65 años, enfocados hacia su adecuada integración social, es prioritario analizar el caso de este grupo etario en la ciudad de Bahía Blanca.

De los resultados obtenidos se puede concluir que es evidente el desafío que se plantea a la sociedad en cuanto a la capacidad para intervenir y adoptar los instrumentos adecuados para resolver los problemas y las nuevas condiciones que plantea el envejecimiento de la población. Es preciso tomar conciencia de que estamos ante una situación sociodemográfica distinta y específica.

Los sistemas de salud y seguridad social deberán adaptarse a un número creciente de adultos mayores. Tomando las palabras de Chackiel “...el crecimiento de la población en edades avanzadas y el número de personas que cada año se agrega a ese grupo, constituyen un gran desafío para la atención de sus demandantes...” (2000: 33). Es preciso tomar en consideración los cambios en la estructura de edades y en perfil epidemiológico, que plantea “...una nueva demanda para la sociedad, tanto de los recursos financieros a nivel de presupuesto nacional y de los hogares, como de recursos humanos especialmente formados para atender a los adultos mayores. **Invertir** en promover un envejecimiento saludable, así como la preservación de la funcionalidad y la autonomía del mayor en la sociedad se hacen prioritarios para evitar mayores costos futuros.” (Alvarez, 2006: 864)

Una perspectiva teórica interesante para la investigación del proceso de envejecimiento se propone a partir del enfoque de los derechos, como alternativa a los enfoques que interpretan la vejez como una etapa de carencias económicas (problemas de ingresos), físicas (falta de autonomía) y sociales (ausencia de roles sociales). “Un cambio paradigmático ha significado la aplicación a las políticas del enfoque de derechos, que promueve el empoderamiento de las personas mayores y una sociedad integrada desde el punto de vista de la edad. Esto implica que las personas mayores son sujetos de derecho, no solamente objetos de protección;

por lo tanto, disfrutan de ciertas garantías, pero también tienen responsabilidades respecto de sí mismos, su familia y su sociedad, con su entorno inmediato y con las futuras generaciones.” (CELADE, 2006:14).

Notas

- ¹ Trabajo presentado en el III Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, realizado en Córdoba, Argentina, del 24 al 26 de septiembre de 2008.
- ² CIUR- Estudios Territoriales, Departamento de Geografía y Turismo, Universidad Nacional del Sur, nformiga@uns.edu.ar.
- ³ Becaria CONICET, CIUR- Estudios Territoriales, Departamento de Geografía y Turismo, Universidad Nacional del Sur, mbpriet@uns.edu.ar.
- ⁴ La calidad de los materiales de las viviendas según la clasificación que establece el INDEC es la siguiente: CALMAT I: la vivienda presenta materiales resistentes y sólidos en todos los parámetros (pisos, paredes o techos) e incorpora todos los elementos de aislamiento y terminación. -CALMAT II: la vivienda presenta materiales resistentes y sólidos en todos los parámetros pero le faltan elementos de aislamiento o terminación al menos en uno de sus componentes (pisos, paredes, techos). -CALMAT III: la vivienda presenta materiales resistentes y sólidos en todos los parámetros pero le faltan elementos de aislamiento o terminación al menos en todos sus componentes, o bien presenta techos de chapa de metal o fibrocemento u otros cielorraso, o pared. -CALMAT IV: la vivienda presenta materiales no resistentes ni sólidos o de desecho al menos en uno de los componentes (pisos, paredes, techos). -CALMAT V: la vivienda presenta materiales no resistentes ni sólidos o de desecho en todos los componentes básicos constituyentes de la vivienda.

Bibliografía

- ALVAREZ, María Franci, 2006, “Dependencia y discapacidad de los adultos mayores. Argentina 2002-2003”, En Celton, Ghirardi y Peláez edit., *El nexa entre Ciencias Sociales y Políticas: Migración, Familia y Envejecimiento*, UNESCO- UN-Córdoba, Córdoba. 863-890.
- ARANIBAR, Paula, 2001, “Acercamiento conceptual a la situación del adulto mayor en América Latina”, Serie *Población y Desarrollo*, N° 21, Santiago de Chile, diciembre.
- BERTRANOU, Evelina “Tendencias demográficas y protección social en América Latina y el Caribe”. *Población y Desarrollo* 82, Santiago de Chile, febrero de 2008
- CANALES, Alejandro, 2001, “La población en la era de la información. De la transición demográfica al proceso de envejecimiento”, *Estudios Demográficos y Urbanos*, n° 48 El Colegio de México, 485-518. <http://redalyc.uaemex.mx/buscador/search.jsp?query=alejandro+canales>
- CELADE, 1997, *Envejecimiento: Cuatro facetas de una sociedad para todas las edades*, CEPAL, Santiago de Chile. LC/DEM/G.174 Serie A, N° 309.
- CELADE, 2006, *Manual sobre indicadores de calidad de vida en la vejez*. -CEPAL Santiago de Chile LC/W.113.

- CHACKIEL, Juan, 1999, "Envejecimiento de la población latinoamericana: una relación de dependencia favorable?", Documento presentado en la Sesión III del *Encuentro Latinoamericano y Caribeño sobre las Personas de Edad*, CEPAL-FNUAP, Santiago de Chile.
- DEL POPOLO, Fabiana, 2001, "Características sociodemográficas y socioeconómicas de las personas de edad en América Latina", Serie *Población y Desarrollo*, N° 19, CEPAL, Santiago de Chile.
- GARCÍA, María Celia; Martín, A. y Prieto, María Belén, 2005, "Incidencia de las condiciones del hábitat en la calidad de vida: El caso de Bahía Blanca y Tandil". En *VIII Jornadas Argentinas de Estudios de Población*, AEPa, Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires- Argentina, Tandil, Publicado en CD ISBN 950-658-158-4.
- GUZMAN, José Miguel, 2002, "Envejecimiento y desarrollo en América Latina y el Caribe", Serie *Población y Desarrollo*, N° 28, CEPAL, Santiago de Chile.
- JARMA, Norma y Ceballos, María Beatriz, 2007, "Las Condiciones Sociodemográficas del Adulto Mayor en los Municipios de la Provincia de Tucumán, República Argentina", En *IX Jornadas Argentinas de Estudios de Población* (AEPa), Huerta Grande, Córdoba, CD.
- MIRO, Carmen, 2003, "Transición demográfica y envejecimiento demográfico", En *Papeles de Población*, enero-marzo, N° 35, Universidad Autónoma del Estado de México, Toluca, 9-29.
- ODDONE, María Julieta, 2006, "La diversidad en el envejecimiento. Una cuestión de género", En Celton, Ghirardi y Peláez edit., *El nexo entre Ciencias Sociales y Políticas: Migración, Familia y Envejecimiento*, UNESCO- UNCórdoba, Córdoba. 891-902.
- PELAEZ, Enrique, 2005, "Selectividad residencial y vulnerabilidad de los adultos mayores en la ciudad de Córdoba. Magnitud, características y evolución, En *VIII Jornadas Argentinas de Estudios de Población*, AEPa, U. N. del Centro de la Pcia. de Buenos Aires- Argentina, Tandil, CD .
- PELAEZ, Martha, Palloni, Alberto, Ferrer, Marcela, 1999, "Perspectivas para un envejecimiento saludable en América Latina y el Caribe, En Serie *Encuentro latinoamericano y caribeño sobre las personas de edad*. Seminario Técnico, Seminarios y Conferencias, N° 2, CEPAL, Santiago de Chile.
- PIZARRO, Nora 2005, *El problema de la mortalidad y la geografía de ancianidad en Bahía Blanca*, Tesis Doctoral en Geografía, Bahía Blanca, Inédito.
- SEN, Amartya, 2000, *Desarrollo y Libertad*, Editorial Planeta, Buenos Aires.
- VELÁZQUEZ, Guillermo y Gómez Lende, Sebastián., 2005, *Desigualdad y calidad de vida en la Argentina (1991-2001). Aportes empíricos y metodológicos*, Universidad del Centro de la Provincia de Buenos Aires, Centro de Investigaciones Geográficas, Tandil.
- VELÁZQUEZ, Guillermo, 2001, *Geografía, Calidad de vida y Fragmentación en la Argentina de los noventa. Análisis regional y departamental utilizando SIGs*, CIG, UNCPBA, Tandil.

- VELÁZQUEZ, Guillermo, 2006, “Calidad de vida y escala urbana en la Argentina (2001)”, En *Revista Universitaria de Geografía*, Volumen 15, Departamento de Geografía y Turismo, EDI-UNS, Bahía Blanca, 37-61.
- VILLA, Miguel y Rivadeneira, Luis, 1999, “El proceso de envejecimiento de la población de América Latina y el Caribe: una expresión de la transición demográfica”, En Serie *Encuentro latinoamericano y caribeño sobre las personas de edad*. Seminario Técnico, Seminarios y Conferencias, N° 2, CEPAL, Santiago de Chile.
- VIVEROS Madariaga, Alberto, 2001, “Envejecimiento y Vejez en América Latina y el Caribe: políticas públicas y las acciones de la sociedad”, Serie *Población y Desarrollo*, N° 22, CEPAL, Santiago de Chile.

ENVEJECIMIENTO Y CONDICIONES DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES EN LATINOAMÉRICA: COMPARACIÓN DE TRES PAÍSES¹

Enrique Peláez²

Bruno Ribotta³

Envejecimiento demográfico

El aumento de la esperanza de vida constituye uno de los fenómenos más importantes de los progresos humanos en el siglo XX y lo que va del XXI. Las sociedades desarrolladas han conseguido el logro de que sus ciudadanos vivan más años y en mejores condiciones de vida. Según cifras de las Naciones Unidas (2007), en 1950-1955 la esperanza de vida masculina mundial, se situaba en 45 años para los hombres y 47,8 para las mujeres. La misma fuente señala que para el año 2000-2005, la esperanza de vida masculina era 63,9 años y la femenina 68,3 respectivamente; mientras que para la misma fecha en los países más desarrollados era 71,9 años para hombres y 79,3 para mujeres. En estos países los niveles de fecundidad por debajo del reemplazo, y el aumento de la esperanza de vida han provocado el fenómeno de envejecimiento de la población, que lleva a que más del 20 % de la población de estos países tenga 65 años o más.

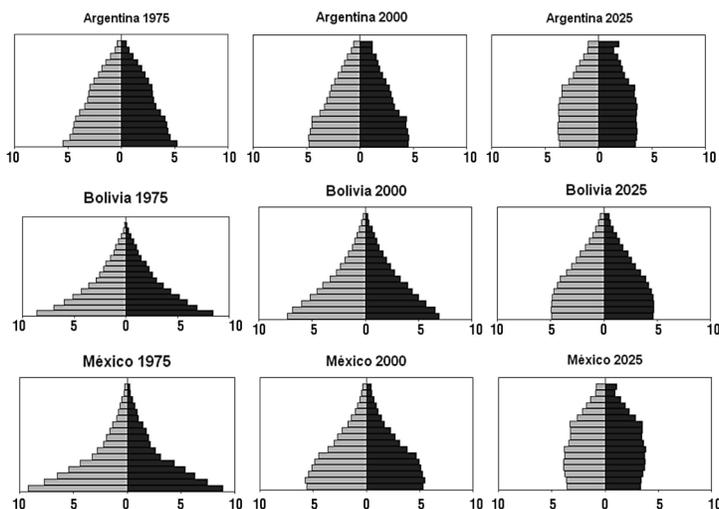
Este proceso es visible en las estructuras etarias de una población, donde la cantidad relativa de personas de edad aumenta gradualmente y la de niños tiende a disminuir. En los países desarrollados el envejecimiento está consolidado y seguirá su curso al menos a mediano plazo. Los países en vías de desarrollo presentan situaciones heterogéneas, aunque todos, en mayor o en menor medida, incrementan día a día el envejecimiento poblacional. En general, Latinoamérica se ha incorporado paulatinamente al proceso de transición demográfica, caracterizado por el paso de un régimen de equilibrio con altos niveles de fecundidad y mortalidad, a un equilibrio signado por bajos niveles en ambas variables.

La naturaleza sociodemográfica del proceso de envejecimiento de la población es puesta en evidencia tanto por sus causas como por sus repercusiones (Villa y Rivadeneira, 1999). Con ella están relacionados factores sociales, económicos, políticos y culturales. Las grandes transformaciones que genera este proceso, exige readecuar las instituciones económicas y sociales para atender demandas hasta hace poco desconocidas. Los efectos de estas tendencias sobre el consumo, el ahorro, la flexibilidad de la mano de obra, la oferta de servicios de distinto tipo, las relaciones intergeneracionales, la equidad social y de género, en general, configuran desafíos a enfrentar para el desarrollo de las sociedades. Este alto impacto del envejecimiento de la población motiva la exploración de sus tendencias y sus antecedentes más cercanos.

En el presente trabajo se analiza cuál es la situación y consecuencias de este proceso en tres países latinoamericanos en diferente etapa de la transición demográfica, según la clasificación hecha por CELADE (Chackiel, 2004). Bolivia es de transición moderada, México de plena transición y Argentina de transición avanzada.

En primer lugar analizaremos las pirámides de población de los tres países para los años 1975, 2000 y 2025.

Gráfico 1
Pirámides de Población Argentina, Bolivia, México.
1975, 2000 y 2025.



Fuente: Observatorio Demográfico 4. (CELADE/CEPAL, 2007).

Puede observarse que si bien los países están en una etapa diferente de transición demográfica., al estudiar las pirámides se aprecia una con-

vergencia hacia el envejecimiento entre las distintas poblaciones, con un “desfasaje” de 15 años entre Argentina y México, y de 15 años entre México y Bolivia. En el año 2000, se distingue el rebrote de fecundidad que hubo en Argentina en la década del 80, proceso que desaceleró por unos años su envejecimiento poblacional.

Entre los diferentes indicadores que miden el envejecimiento de una población hemos seleccionado la edad mediana, el porcentaje de mayores de 60 años y el índice de envejecimiento que mide la relación entre los adultos mayores y los menores de 15 años. Existe un consenso en considerar a una población envejecida cuando el porcentaje de mayores de 60 años supera el 10 % del total de la población. Esta situación ocurrió en Argentina en el quinquenio 1970-1975, en México recién ocurrirá cerca del 2020, y en Bolivia esta situación se presentará después del 2030. En el cuadro número 1 se compara la situación de estos indicadores en los países estudiados, con otros países y regiones del mundo, a los fines de ubicar la situación de los mismos en el contexto mundial.

Cuadro 1
Indicadores de envejecimiento. Regiones y países seleccionados.
1975-2000-2025.

Región / País	Edad mediana			Porcentaje 60+			Índice de Envejecimiento		
	1975	2000	2025	1975	2000	2025	1975	2000	2025
Japón	30,4	41,3	50,5	11,7	23,3	35,8	48,1	159,6	322,5
Alemania	35,4	39,9	47,8	20,4	23,2	32,8	94,9	148,7	252,3
Italia	33,4	40,2	49,1	17,4	24,2	32,3	71,9	169,2	260,5
España	30,3	37,6	46,8	14,9	21,6	28,5	54,6	145,9	203,6
Francia	31,6	37,9	42,6	18,3	20,8	28,0	76,6	111,2	168,7
Europa	32,1	37,6	44,2	16,5	20,3	27,6	69,6	116,0	187,8
Reino Unido	33,9	37,7	41,5	19,7	20,7	26,5	84,5	108,9	154,1
Cuba	22,2	34,3	45,1	9,8	14,8	26,5	26,1	72,2	187,9
Estados Unidos	28,8	35,3	38,3	14,8	16,1	23,8	58,7	74,5	126,6
Uruguay	30,0	31,5	36,7	14,1	17,3	21,3	50,9	70,3	108,1
Oceanía	25,6	31,3	36,2	10,9	13,3	20,3	34,8	51,6	95,3
China	20,6	30,0	39,4	6,9	10,1	20,0	17,5	40,6	111,1
Argentina	27,3	27,8	34,0	11,4	13,5	17,1	39,0	48,2	77,7
Brasil	19,4	25,3	33,5	6,0	8,1	15,5	14,9	27,4	70,1
Mundo	22,4	26,7	32,7	8,5	9,9	15,0	23,1	32,8	62,2
México	16,8	23,4	33,5	5,5	7,4	15,0	11,9	22,4	69,4
Asia	20,2	26,0	33,6	6,5	8,6	14,8	16,4	28,2	65,5
América Latina y el Caribe	19,3	24,5	32,5	6,5	8,3	14,8	15,7	26,1	64,1
India	19,7	22,7	29,9	5,6	7,1	11,5	14,0	20,3	46,4
Bolivia	18,3	20,1	26,4	5,5	6,5	9,5	12,8	16,4	32,9
Haití	19,1	19,1	25,5	6,2	6,1	8,4	15,0	15,1	27,6
Guatemala	17,5	17,7	22,5	4,5	5,9	7,3	10,0	13,4	21,2
África	17,5	18,4	22,1	5,0	5,1	6,4	11,1	12,0	17,6

Fuente: United Nations (2007).

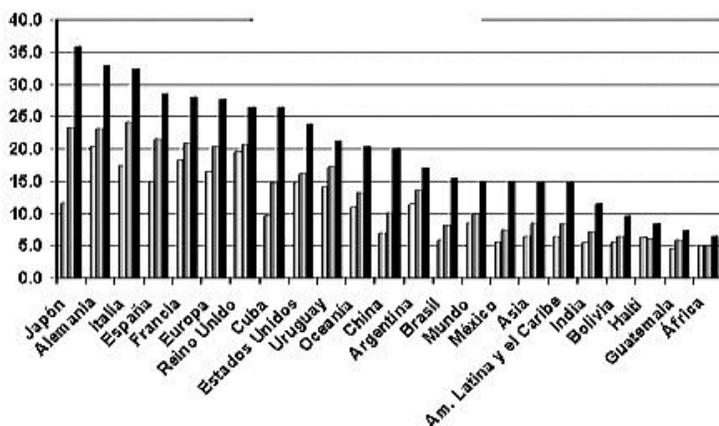
Podemos observar que para el 2025 hay países como Japón e Italia en los que más de la mitad de la población va a tener más de 50 años, mientras en Bolivia la edad mediana se situará en 26.4 años y en África en 22.1 años. Latinoamérica se presenta entonces como una región en proceso de envejecimiento con situaciones muy diferentes en su interior. El porcentaje de población mayor de 60 años de Cuba en el año 2000 es mayor al 14.8 % mientras que en Guatemala no supera el 5.9%.

De los países que estudiamos, Argentina es el que presenta un mayor envejecimiento de población, aunque el mismo ocurre de una forma más lenta dado el descenso paulatino de la fecundidad. Este país gana sólo 6.7 años de edad mediana en 50 años. México casi duplica su edad mediana en este mismo período, pasando de 16.8 años en 1975 a 33.5 en el 2025. Es necesario profundizar sobre las enormes consecuencias sociales, económicas y psicológicas de cambios tan bruscos en una población. Bolivia suma más de 8 años de edad mediana, pasando de 18.3 en 1975 a 26.4 en el 2025. La circunstancia se relaciona con el ritmo de descenso de la fecundidad boliviana, que no ha sido tan brusco como en México.

En todos los países estudiados, el índice de envejecimiento presenta una evolución ascendente a lo largo del periodo considerado. Entre estos, Argentina es el que cuenta con los valores iniciales más altos (39% en 1975), seguido por Bolivia, y finalmente por México (12.8 y 11.9% respectivamente). Si bien este mismo país mantiene los niveles más altos durante el año 2000 (48.2%), se observa un cambio sustantivo en México (22.4%), que llega a superar las cifras de Bolivia (16.4%). Con otras palabras, hacia el año 2000 existe un anciano por cada 2 niños argentinos, 5 mexicanos y 6 bolivianos. Para el año 2025, se espera que el índice de envejecimiento de los tres países mantenga un diferencial similar al destacado anteriormente (77.4% en Argentina, 69.4% en México y 32.9% en Bolivia). Estas cifras, indican claramente que los cambios generacionales producidos por las alteraciones en las estructuras etarias serán considerables.

No obstante lo anterior, el ritmo de avance del índice de envejecimiento varía muy significativamente de un país a otro. Entre los años 1975 y 2000, Argentina y Bolivia incrementan su índice de envejecimiento a niveles muy similares (23.5 y 28.3% respectivamente), mientras que México lo hace a escala muy elevada (87.8%). Entre los años 2000 y 2025, se espera que México aumente más rápidamente este ritmo (210.6%), siendo seguido por Bolivia (100.3%), y finalmente por Argentina (61.2%). Este fenómeno indica nuevamente el impacto producido por los diferentes patrones de descenso en la fecundidad en el avance del envejecimiento. En tal sentido, la brusca reducción de la fecundidad observada en México, parece asociarse con un proceso de envejecimiento que avanza a una velocidad elevada.

Cuadro 1
Indicadores de envejecimiento. Regiones y países seleccionados.
1975-2000-2025.



Arreglos de vida y envejecimiento femenino

El impacto del envejecimiento poblacional sobre las familias es muy relevante, la baja en la fecundidad y el aumento de la esperanza de vida, harán cada vez más extraños a los hermanos, los primos, los tíos. Menos personas deben hacerse cargo de cuidar o atender a un número mayor de ancianos. Las familias que generalmente son la entidad responsable de la integración social y el cuidado de los mayores, se ven complicadas al cambiar la relación que hay entre la cantidad de adultos mayores y la cantidad de personas activas. Si se estudia el porcentaje de hogares unipersonales en los adultos mayores entre 1990 y 2000, puede verse un importante aumento de los mismos, sobretodo en las mujeres. En Argentina, según datos del censo del 2001, más de una de cada 5 mujeres vivía en hogares unipersonales. Esta relación caía a 16 % en Bolivia y 10.3 % en México.

Una de las características del fenómeno del envejecimiento es su mayor incidencia sobre las mujeres. La razón es la mayor expectativa de vida de las mujeres, a causa de la sobremortalidad masculina. Esto explica porqué a medida que se avanza en la estructura por edades, desciende en la razón de sexos. En el cuadro número 3, pueden verse los cambios en la razón de sexos de los grupos de edades 60-74 y 75 y más años. Argentina es el que presenta menor razón de sexos, siendo en el año 2000 para los mayores de 75 años cercano a un hombre por cada dos mujeres.

Cuadro 2
Porcentaje de adultos mayores en hogares unipersonales por sexo.
Argentina, Bolivia y México. Censos 1990-2000.

	1990		2000	
	Hombre	Mujeres	Hombre	Mujeres
Argentina (1991-2001)	10,41	18,59	11,84	21,33
Bolivia (1992-2001)	12,74	14,01	13,57	15,99
México (1990-2000)	5,77	8,76	7,5	10,31

Fuente: Sistema Regional de Seguimiento de Conferencias Internacionales (CELADE/CEPAL, 2002).

Cuadro 3
Razón de sexos para 60-74 y 75+. Argentina, Bolivia y México.
2000-2025

País	2000		2025	
	60-74	75+	60-74	75+
Argentina	81,3	57,4	82,8	56,9
Bolivia	86,0	73,8	86,3	70,7
México	86,4	73,3	89,3	79,3

Fuente: Observatorio Demográfico 4 (CELADE/CEPAL, 2007)

Analizando la distribución por estado conyugal de los adultos mayores, se advierte que el estado conyugal es claramente diferencial por sexo. Mientras que la proporción de viudos entre los mayores de 60 y más años, es del 11.5% en Argentina, en Bolivia alcanza al 17.3 %. El porcentaje de viudas del mismo grupo etario en los tres países estudiados y en los valores cercanos a los años 1990 y a 2000, siempre es superior al 40%. Al respecto, Villa y Rivadeneira (1990: 6) señalan que la “ausencia de una pareja, amén de restringir las posibilidades de enfrentar las necesidades básicas, crea carencias afectivas y repercute sobre la seguridad emocional”. La mayor viudez femenina, que como fuera anticipado, alcanza a más del cuarenta por ciento de las adultas mayores y a las tres cuartas partes de las mayores de 80 años, se debe principalmente a la sobremortalidad masculina. En segundo lugar, los niveles del indicador mencionado responden a las diferencias en las edades medias al matrimonio (que son más avanzadas en los hombres), y a la mayor tendencia de los hombres a establecer una nueva unión después de la viudez o separación. La mayor viudez femenina, sumada a una menor participación económica, y por ende, a una menor cobertura social, da como resultado situaciones de alta vulnerabilidad. Las mujeres que viven en esta situación, conforman un grupo que se encuentra cerca o debajo de la línea de pobreza, y que requiere la asistencia de programas sociales específicos.

Acerca de este fenómeno, Pantelides y Müller, (1991) y Chackiel (1999), señalan que las mujeres enfrentan una gran paradoja al vivir más que los hombres, dado que en la mayoría de los casos deben enfrentar solas, como viudas, y muchas veces teniendo familiares a cargo, una vejez precaria. Esto se debe a los bajos ingresos que reciben, y a razones de orden biológico, que hacen que las mujeres tengan un estado de salud más delicado que los hombres en la etapa post-menopausia, aunque con menor riesgo de muerte.

Cuadro 4
Porcentaje según estado conyugal de la población de 60 años y más. Censos ronda 1990-2000.

Estado civil	Sexo	1990			2000		
		Argentina	Bolivia	México	Argentina	Bolivia	México
Casados o en unión consensual	Hombres	75,3	70,7	76,8	68,5	69,2	79,6
	Mujeres	41,7	44,7	44,7	38,6	45,6	50,3
Divorciados o Separados	Hombres	3,8	2,3	4,2	5,6	3,6	2,3
	Mujeres	3,7	3,6	6,5	4,4	4,8	4,0
Viudos	Hombres	11,5	17,3	14,2	12,9	19,6	11,9
	Mujeres	44,4	41,8	42,1	45,0	39,8	36,6
Solteros	Hombres	9,3	3,9	4,6	13,0	7,6	4,9
	Mujeres	10,1	6,0	6,4	12,0	9,8	7,6

Fuente: Sistema Regional de Seguimiento de Conferencias Internacionales (CELADE/CEPAL, 2008). Argentina corresponde a Censos 1991 y 2001, Bolivia 1992 y 2001, México 1990 y 2000.

El trabajo de Peláez, Palloni y Ferrer (1999), indica que la menor participación económica de las mujeres es la causa de su mayor vulnerabilidad. El estudio sobre diferencias de género en el envejecimiento de (Joelle Barbot-Coldevin, 1999), afirma que las poblaciones envejecidas en el mundo son predominantemente femeninas. Señala asimismo que en Latinoamérica, a pesar de muchos avances que se han hecho al respecto, todavía subsiste la discriminación laboral y salarial de la mujer, quien es asociada más con el trabajo informal (amas de casa, servicio doméstico). No extraña, entonces, observar un gran vínculo entre los niveles de pobreza y la jefatura femenina del hogar.

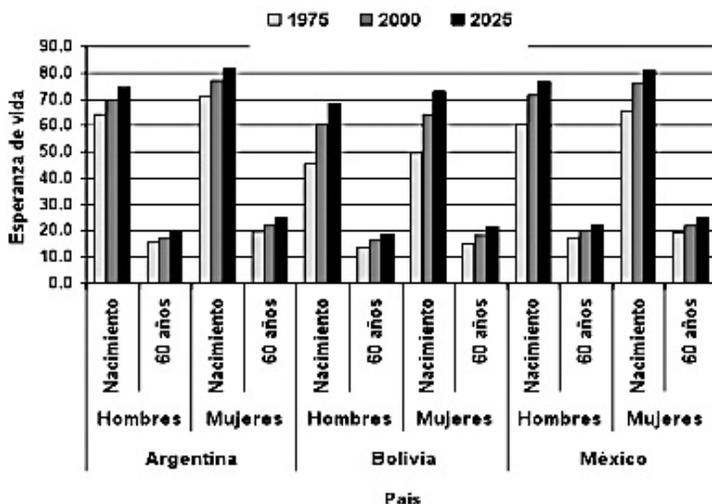
Asimismo, Barbot-Coldevin (1999) destaca que, a raíz de su función reproductiva, las mujeres dejan de trabajar, quedando en la mayoría de los casos fuera del sistema de seguridad social y dependiendo de sus maridos para subsistir.

El gran desafío es entonces agregarle calidad a la ganancia de años de expectativa de vida que tienen las mujeres.

Relaciones de dependencia, tasas de participación, seguridad social

Los avances en medicina, la ampliación de la cobertura de salud y las mejoras en condiciones sanitarias, han hecho disminuir notablemente la mortalidad en los países estudiados. Ello puede observarse en el gráfico 3, que muestra las esperanzas de vida al nacimiento. También ha aumentado notablemente la esperanza de vida a los sesenta años. Al respecto, Del Pópulo (2001) afirma que el promedio de años que vive un adulto mayor es en muchos casos independiente del grado de desarrollo que vive un país. Este fenómeno tiene una explicación en la teoría de una selección natural llamada “crossover”.

Gráfico 3
Esperanza de vida al nacimiento y a los 60 años.
Argentina, Bolivia y México. 1975-2000-2025.



Fuente: Observatorio Demográfico 4 (CELADE/CEPAL, 2007)

En el gráfico 3, se observa la evolución de las esperanzas de vida al nacimiento y a los sesenta años de los países estudiados. Puede apreciarse que si bien Argentina es el que presenta mayores esperanzas de vida al nacimiento, sus ganancias han sido inferiores, pasando en el caso de los hombres, de 64.4 años de esperanza de vida en 1975 a 74.2 años en el año 2025. Bolivia es el que mayor ganancia de esperanza de vida masculina tiene, pues pasa de 45.3 años en 1975 a 68.3 años en 2025. En el caso de México pasa de una esperanza de vida de 60.5 años para los hom-

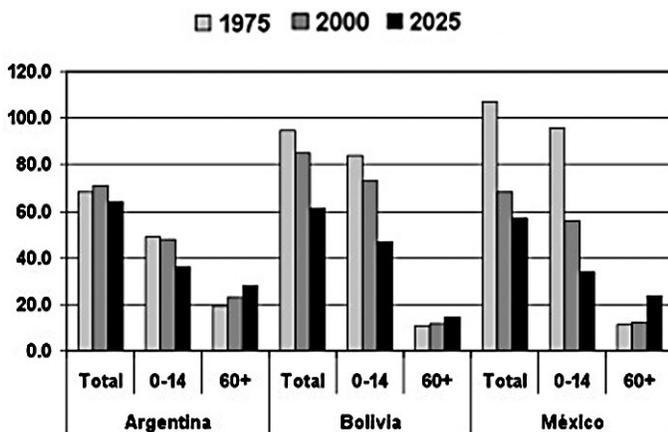
bres y 65.8 para las mujeres en 1975, a esperanzas de vida de 76.7 para los hombres y 81.4 para las mujeres en el 2025. Comparando las esperanzas de vida a los 60 años, se aprecia que los hombres mexicanos aventajan a los argentinos desde el año 2000 (20.3 años de esperanza para los mexicanos contra 17.4 de los argentinos).

La relación de dependencia busca establecer la asociación que existe entre las personas en edades teóricamente no activas, con respecto a las personas en edades potencial y económicamente activas. Por lo tanto, puede definirse a la relación de dependencia total como el cociente entre la suma de las personas de 0 a 14 años, más las personas de 60 y más años dividido las personas de 15 a 60 años. Esta relación da una idea de la carga económica promedio que tiene un trabajador teóricamente activo, para mantener a los trabajadores teóricamente no activos.

El trabajo de investigación de (Chackiel, 1999), sobre la evolución del envejecimiento poblacional en América Latina, plantea como un interrogante el tema de la relación de dependencia favorable. La investigación destaca que existe una visión positiva del tema, basada en la idea de que una mayor fuerza de trabajo tendrá a su cargo un menor número de pasivos. Este fenómeno representaría una especie de “bono demográfico”, que permitiría liberar recursos antes destinados a la atención de niños, a los fines de realizar inversiones en capacitación de mano de obra, y al aseguramiento de las condiciones de vida dignas de los mayores. En contrapartida, una visión pesimista indica que los ahorros provocados por menores gastos en salud materno infantil, no alcanzarían a compensar los gastos en salud provenientes de un mayor número de ancianos, con enfermedades más prolongadas y costosas de atender. Otro problema es si la economía se encontrará en condiciones de absorber una creciente masa de activos. Al respecto, si no se da un crecimiento sostenido de la economía, se correría el riesgo de que los potencialmente activos pasen a engrosar la lista de los desocupados, con la consecuencia del incremento de pobreza y del desequilibrio social que esto implica.

Por lo que puede concluirse que los beneficios del “bono demográfico”, dependerían de un crecimiento sostenido de la economía y de criterios claros y prioridades concretas a la hora de redistribuir los recursos.

Gráfico 4
Relación de dependencia total, de menores de 15 años y de 60 y más años. Argentina, Bolivia y México. 1975-2000-2025.



Fuente: Observatorio Demográfico 4 (CELADE/CEPAL, 2007).

En el gráfico 4, puede observarse el comportamiento de la relación de dependencia en los tres países estudiados. Todos presentan disminuciones entre 1975 y 2025. En Argentina se aprecia una reducción menos acentuada, pero caracterizada por un aumento de la dependencia de los adultos mayores. México prácticamente lleva su relación de dependencia en el año 2025, a la mitad de lo que era en 1975. Por último, Bolivia tiene reducciones muy importantes pasando de 94.5 en el año 1975 a 61.2 en el 2025. Según lo expuesto anteriormente, el llamado “bono demográfico” se transformaría en un beneficio económico para estos países, si sus economías crecieran a ritmo sostenido, absorbiendo la creciente población en edades activas. En caso contrario, se elevarían notablemente los índices de desempleo, incrementando la pobreza de estas poblaciones.

Una de las mayores preocupaciones con respecto a la problemática del envejecimiento, es el mantenimiento del ingreso de las personas mayores. Para ello, las legislaciones laborales de los diferentes países plantean como un logro social una edad legal de retiro. El “logro” de la jubilación muchas veces no es tal, ya que los haberes jubilatorios distan mucho de permitir una vida digna, y personas que física y mentalmente se encuentran en condiciones de seguir trabajando, se ven forzadas a retirarse del mercado laboral.

Cuadro 5
Percepción de jubilaciones y pensiones. Población de 70 y más años. Argentina, Bolivia y México. Encuestas seleccionadas.

País	Sexo	1994	1999	2002
Argentina	Hombres	91,3	86,5	82,7
	Mujeres	78,6	77,8	71,5
Bolivia	Hombres	55,7	55,8	36,9
	Mujeres	36,1	46,9	25,0
México	Hombres	39,1		40,6
	Mujeres	12,5		17,7

Fuente: Sistema Regional de Seguimiento de Conferencias Internacionales (CELADE/CEPAL, 2002)

Asimismo, Villa y Rivadeneira (1999) sostienen que “el retiro de la actividad genera un síndrome de desvinculación, que suele ir acompañado de la pérdida del reconocimiento y de la importancia que las personas pudieron tener en el pasado”. En el trabajo de Peláez, Palloni y Ferrer (1999) se comenta que si “un individuo está en condiciones de trabajar por más tiempo, y desea o necesita seguir trabajando, la sociedad no debe desestimular que lo haga y debe buscar los mecanismos que le permitan mantenerse económicamente activo”. Los autores agregan que el “...los gobiernos deben fomentar oportunidades de aprendizaje a lo largo de toda la vida y periodos flexibles de transición desde el empleo a la jubilación completa”.

Los distintos sistemas jubilatorios se ven afectados por igual. En el caso del sistema de reparto, la mayor proporción de mayores hace que los fondos deban repartirse entre más pasivos. Mientras tanto, el sistema de capitalización es afectado por la prolongación de la esperanza de vida, que implica una mayor cantidad de ahorro para mantener los ingresos constantes durante mayor tiempo (Bravo, 1999). Esta situación tiende a empeorarse porque la informalidad en el mercado laboral ha crecido sustancialmente en los últimos años, escenario que en el futuro podrá dejar sin cobertura a millones de adultos mayores. Al respecto, la propuesta hecha por Bertranou, Grushka y Rofman (2003), de implementar un sistema no contributivo de cobertura universal indica una interesante alternativa de solución a dicho problema. En el cuadro 5, puede apreciarse el constante deterioro de la cobertura de los sistemas previsionales. Este hecho es muy destacable en el caso de Argentina, país caracterizado por una buena cobertura previsional en su pasado reciente. Bolivia también perdió cobertura de sus sistemas, y México mantuvo niveles bajos de cobertura previsional.

Es interesante estudiar la información presentada en el cuadro 6, que muestra las principales fuentes de ingreso de los adultos mayores.

Cuadro 6
Distribución de la población de 60 años y más por tipo de ingresos.
Argentina, Bolivia y México. Encuestas seleccionadas.

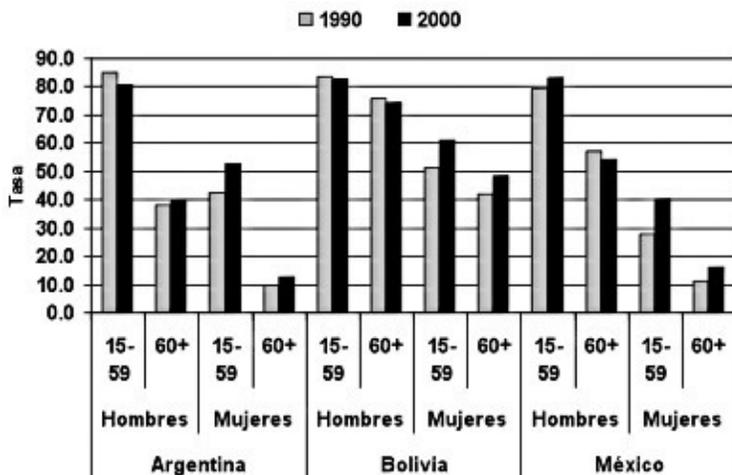
País	Año	Jubilaciones o Pensiones solamente	Jubilaciones o pensiones y trabajo	Trabajo solamente	No recibe ningún tipo de ingreso
Argentina	1990	61,4	4,2	13,2	21,2
	1994	63,9	3,5	10,5	22,1
	2002	54,2	2,6	16,2	27,0
Bolivia	1997	21,9	4,4	34,3	39,4
	2002	18,8	4,5	35,4	41,3
México	1989	16,7	2,3	24,7	56,3
	1996	19,6	3,6	24,8	52,1
	2002	20,6	5,2	24,7	49,5

Fuente: Sistema Regional de Seguimiento de Conferencias Internacionales (CELADE/CEPAL, 2002).

En este cuadro puede observarse con preocupación que en el año 2002, prácticamente la mitad de la población adulta mayor de México no recibe ingresos. Esto ocurre en el 41% de los bolivianos, y en el 27% de los argentinos. De modo que el sostén de los ancianos estaría en manos de la familia. Al envejecer las poblaciones y aumentar la relación de dependencia de adultos mayores, va a ser cada vez más complicado para las familias sostener la creciente población en las edades avanzadas. Este será un problema de suma importancia para las políticas sociales de la región en los próximos años.

En el gráfico 5 se observa la evolución de las tasas de actividad de los países analizados entre los años 1990 y 2000. Puede apreciarse por un lado el incremento de las tasas de actividad femeninas, y por otro el efecto que la mayor cobertura previsional argentina tiene para que los adultos mayores de ese país tengan tasas de actividad sensiblemente inferiores a las de Bolivia y México, ya que al tener ingresos por jubilación no necesitan de otras actividades para procurarse ingresos.

Gráfico 5
Tasa de actividad por sexo y grupos de edad.
Argentina - Bolivia - México. 1990-2000.



Fuente: Observatorio Demográfico 2 (CELADE/CEPAL, 2006).

Condiciones socioeconómicas

Según el informe emitido por CEPAL, FAO, UNICEF y Otros (2005), acerca de las posibilidades de América Latina de cumplir con las metas del milenio para el año 2015, se señala que en los últimos cinco años, América se ha seguido avanzando en el combate del hambre, en mejorar la equidad de género en la educación, en incrementar el acceso a agua potable y en reducir la mortalidad infantil. Sin embargo, la región a la que pertenecen los tres países analizados continúa rezagada en el cumplimiento de una de las principales metas que Naciones Unidas planteó para el Milenio; reducir la pobreza extrema a la mitad. Existen 222 millones de latinoamericanos y caribeños pobres, de los cuales 96 millones viven en la indigencia, representando el 18,6% de la población. Sólo Chile ha reducido a la mitad la pobreza extrema, y las mediciones indican que de continuar el avance de los últimos años, la meta probablemente se logre en Brasil, Costa Rica, México, Panamá y Uruguay. En los restantes países el avance fue escaso o hubo retrocesos. El mismo informe hace hincapié en la desigualdad, ya que América Latina es la región menos equitativa del mundo. Coartada por un bajo crecimiento durante períodos largos, ha sido incapaz de mejorar la distribución del ingreso y el acceso a activos productivos, lo que se agrava por la falta de empleos que permitan a los trabajadores salir de la pobreza, y a sus hijos acceder a servicios adecuados de

salud, educación e incluso alimentación. El informe postula asimismo que un crecimiento económico que no cambie la distribución del ingreso, no influirá suficientemente en la mejora de los niveles de vida de quienes viven en la pobreza. Un cambio distributivo que eleve más rápidamente los ingresos de los estratos más pobres, permitiría alcanzar la meta en plazos más breves. Esta estrategia de crecimiento con equidad requiere, además, de cambios institucionales que sitúen a las políticas sociales en el centro de la estrategia de desarrollo.

Al estudiar el tema de la pobreza en los adultos mayores, la pregunta obligada es si este grupo poblacional tiene mayor o menor incidencia de pobreza que el resto de la población. Del Popolo (2001), señala que en la mayoría de los países latinoamericanos (y entre ellos los tres analizados), la incidencia de la pobreza en los adultos mayores es menor que en el resto de las edades. Esto puede explicarse porque en el pasado, los requerimientos de educación del mercado laboral eran menos exigentes. Al respecto, el contexto social de nuestros abuelos se caracterizó por el fortalecimiento de los estratos medios y asalariados, que pudo mejorar su calidad de vida. Es de plantearse qué ocurrirá dentro de 30 años, cuando los países estudiados hayan entrado totalmente en el proceso de envejecimiento, y estén llegando a las edades adultas mayores los actuales estratos medios, sumergidos actualmente en un profundo proceso de pauperización.

En el cuadro 7, puede apreciarse el incremento de la pobreza en los mayores de 60 años y más de la Argentina, debido a la crisis política-económica de los años 2001-2002. En Bolivia se observa una ligera disminución de la pobreza, pero con una muy preocupante diferencia entre la población urbana y la población rural (segmento en donde los adultos mayores pobres superan largamente al 70 % de la población). En México la reducción de la pobreza ha sido muy débil y las diferencias entre lo urbano y lo rural, si bien existen, son menos marcadas que en el caso boliviano.

Cuadro 7
Porcentaje de población de 60 años y más en situación de pobreza, por sexo y localización. Argentina, Bolivia y México. Encuestas seleccionadas.

País	Año	Hombres Urbanos	Mujeres Urbanas	Hombres Rurales	Mujeres Rurales
Argentina	1994	15,2	13,1	s/d	s/d
	1999	11,9	10,0	s/d	s/d
	2002	28,1	25,3	s/d	s/d
Bolivia	1994	43,3	40,8	s/d	s/d
	1999	32,7	32,4	80,6	79,9
	2002	31,8	34,3	74,2	74,3
México	1989	28,4	26,5	41,0	42,0
	1996	29,4	30,0	43,3	45,1
	2002	24,5	27,1	37,5	35,9

Fuente: Sistema Regional de Seguimiento de Conferencias Internacionales (CELADE/CEPAL, 2002).

El cuadro 8 muestra una de las características de las viviendas de los adultos mayores. La eliminación de excretas inadecuada (aquella que desagua a cloacas, ni a fosa séptica), si bien ha disminuido se mantiene con cifras superiores al 20 % en Bolivia y México.

Cuadro 8
Porcentaje de población de 60 años y más con eliminación de excretas inadecuada. Argentina, Bolivia y México. Censos 1990 y 2000.

País	Hombres 1990	Mujeres 1990	Hombres 2000	Mujeres 2000
Argentina	17,45	15,47	17,38	15,43
Bolivia	31,63	27,62	22,42	20,15
México	34,67	29,66	26,27	22,15

Fuente: Sistema Regional de Seguimiento de Conferencias Internacionales (CELADE/CEPAL, 2002). Argentina corresponde a Censos 1991 y 2001, Bolivia 1992 y 2001, México 1990 y 2000.

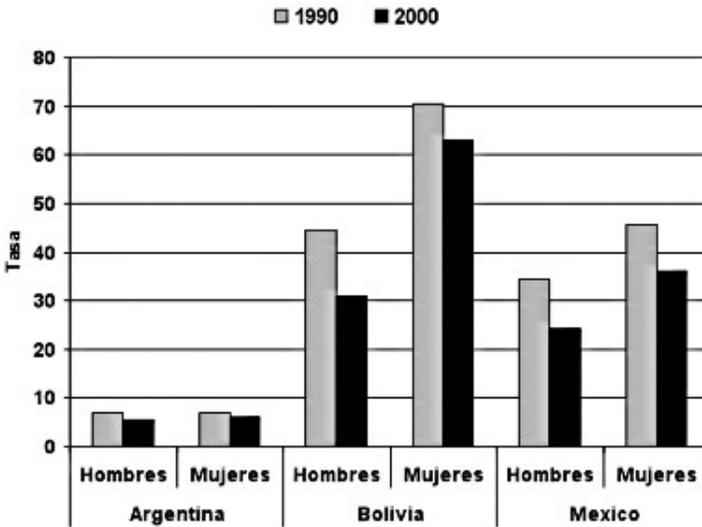
Educación

El nivel educativo de las personas tiene directa incidencia sobre la calidad de vida de las mismas (Del Popolo, 2001). Además, en el caso de los adultos mayores la lectura constituye una actividad propicia para el uso del tiempo libre y tiene efectos positivos sobre la salud. Las actividades intelectuales disminuyen la posibilidad de sufrir enfermedades mentales (Del Popolo, 2001). La educación asimismo influye sobre la plena in-

tegración en sociedad de los adultos mayores. Sin embargo, al analizar las cifras de educación se observa que las generaciones anteriores tienen menos nivel de instrucción que las nuevas generaciones. Como observamos en el cuadro 9, más del 75% de los adultos mayores mexicanos no terminó la primaria y uno de cada tres de ellos no sabe leer ni escribir. Es de destacar la gran diferencia entre los géneros que existe en Bolivia y México. Las cifras de analfabetas mayores en Bolivia más que duplica a los hombres en ese país. En México, uno de cada 4 adultos mayores varones es analfabeto, y una de cada tres mujeres está en la misma situación. Argentina es la que ostenta las mejores cifras en educación, producto de la gran diferencia que tenía con los otros países hace más de 50 años. Sin embargo más de uno de cada tres adultos mayores de este país no terminó la educación primaria.

La determinación del nivel educativo de los adultos mayores con desagregaciones geográficas, por sexo y grupos etarios, permite focalizar planes educativos para reinsertar laboralmente a los mayores. El problema del envejecimiento poblacional trae como consecuencia el consiguiente envejecimiento de la mano de obra; el cual podría ser favorable al contar con una mano de obra con mayor experiencia y calificación. Pero debe tenerse en cuenta que una mano de obra más envejecida tiene mayores inconvenientes para adaptarse a las nuevas tecnologías, es menos propensa a los cambios y flexibilidades laborales, y por su antigüedad y mayor calificación es más costosa que la mano de obra joven. Por estos motivos, el cambio en la composición por edades podría afectar a la productividad de la mano de obra. Al respecto, la Organización Internacional del Trabajo (OIT, 1993; Citada por Veronelli, 1999), señala que "...existen pruebas abundantes de que el ser humano puede seguir aprendiendo a cualquier edad. La capacidad intelectual, entendida en un sentido amplio, no disminuye". Según esto, es importante que el estado establezca políticas de capacitación de la mano de obra envejecida.

Gráfico 6
Porcentaje de población mayor de 60 años analfabeta por sexo.
Ronda de censos de 1990 y 2000. Argentina, Bolivia y México.



Fuente: Sistema Regional de Seguimiento de Conferencias Internacionales (CELADE/CEPAL, 2002). Argentina corresponde a Censos 1991 y 2001, Bolivia 1992 y 2001, México 1990 y 2000.

Cuadro 9
Porcentaje de población mayor de 60 años analfabeta, y porcentaje de población mayor de 60 años sin primaria completa.
Argentina, Bolivia y México. Censos 1990 y 2000.

Países	Sexo	Analfabetismo		Sin Primaria Completa	
		1990	2000	1990	2000
Argentina	Hombres	6,81	5,41	44,06	36,08
	Mujeres	7,05	6,11	46,81	38,31
Bolivia	Hombres	44,56	30,85	50,88	48,73
	Mujeres	70,35	63,03	73,51	69,84
México	Hombres	34,26	24,27	85,87	77,31
	Mujeres	45,61	36,19	85,51	76,51

Fuente: Sistema Regional de Seguimiento de Conferencias Internacionales (CELADE/CEPAL, 2002). Argentina corresponde a Censos 1991 y 2001, Bolivia 1992 y 2001, México 1990 y 2000.

Conclusiones

Los datos analizados indican claramente las diferencias existentes en la etapa del proceso de envejecimiento y en la situación de los adultos mayores en los tres países estudiados. Argentina se encuentra en una etapa avanzada de la transición demográfica, siendo considerada una población envejecida ya desde la década del 70. Sin embargo, en este país el proceso de envejecimiento en los próximos años no será tan acelerado como en México, que registra la caída más abrupta de la fecundidad (TGF de 6.5 en 1970 a 2.3 en 2005). La situación de los adultos mayores en Argentina, en cuanto a condiciones socioeconómicas y cobertura previsional, ha registrado un notable deterioro en los últimos años. En materia educacional, son notables las ventajas de los adultos mayores argentinos sobre Bolivia y México, producto de la situación socioeconómica argentina de mediados del siglo XX y del sostenimiento de sus políticas educativas.

La situación de Bolivia en cuanto a su población adulta mayor refleja que es un país que acelerará su proceso de envejecimiento poblacional, con posterioridad al año 2020. Este país ha pasado de una transición incipiente a una transición demográfica moderada. Resultan preocupantes las profundas brechas entre los niveles de pobreza urbana y rural, y las brechas de género en los niveles de educación y el alfabetismo de los adultos mayores. Es fundamental disminuir estas disparidades y aumentar la cobertura de los sistemas previsionales, caso contrario la situación social del creciente número de adultos mayores en Bolivia para mediados del presente siglo será muy precaria.

En cuanto a México, el marcado descenso en la fecundidad, ubica al país junto a Brasil, entre los países latinoamericanos que se encuentran en una etapa de plena transición demográfica. En la población adulta mayor mexicana es notable la escasa cobertura de los sistemas previsionales y el muy bajo nivel educativo de estas generaciones. Estos son temas primordiales en la política de adultos mayores de un país que en los próximos años envejecerá a un ritmo muy acelerado.

Una mención especial merece la situación de las mujeres en los tres países. El envejecimiento se presenta como un fenómeno particularmente femenino. A esta situación debe agregarse, la mayor viudez femenina, sumada a su menor participación económica y por ende menor cobertura social. Todos estos factores dan como resultado que muchas de las mujeres adultas mayores, que viven en promedio más años que los hombres, vivan cerca o debajo de la línea de pobreza, formando un grupo de alta vulnerabilidad que es necesario asistir a través de programas sociales.

Notas

¹ El presente es una versión revisada y corregida del paper “Tendencias a las condiciones de vida de los adultos mayores en Latinoamérica: Comparación de tres países”. Presentado en el XXV Congreso Internacional de la Población en Tours, Francia el 20 de julio de 2005.

² CONICET; CEA.

³ CEA.

Bibliografía

BARBOT, Joëlle (1999). “Desigualdad de género: la mayor vulnerabilidad de las mujeres en edades avanzadas”. Encuentro Latinoamericano y Caribeño sobre las personas de Edad. Cepal. Santiago de Chile.

BENITEZ ZENTENO, Raúl (1999). “Los cambios de la población y la situación, perspectivas y consecuencias del envejecimiento en México”. Encuentro Latinoamericano y Caribeño sobre las personas de Edad. Cepal. Santiago de Chile.

BERTRANOU, Fabio, Grushka, Carlos y Rofman, Rafael (2003). “La Política Previsional en Argentina a Inicios del Siglo XXI”. VI Jornadas Argentinas de Estudios de Población. Buenos Aires.

BRAVO, Jorge (1999). “Envejecimiento de la población y sistemas de pensiones en América Latina”. Encuentro Latinoamericano y Caribeño sobre las personas de Edad. Cepal. Santiago de Chile.

CARVALHO, José Alberto Magno de y Dumond Andrade, Flavia (1999). “Envejecimiento de la población brasileña: oportunidades y desafíos”. Encuentro Latinoamericano y Caribeño sobre las personas de Edad. Cepal. Santiago de Chile.

CEPAL – CELADE – BID (1996). Impacto de las tendencias demográficas sobre los sectores sociales en América Latina, Serie LC/DEM/G.161, Santiago de Chile.

CEPAL-CELADE (2005). “Observatorio Demográfico 2. Población Económicamente Activa”. Santiago de Chile.

CEPAL-CELADE (2007). “Observatorio Demográfico 4. Mortalidad”. Santiago de Chile.

CEPAL-CELADE (2002, 2008). Sistema Regional de Seguimiento de Conferencias Internacionales. Sistema desarrollado con Redatam+ SP. Santiago de Chile.

CEPAL, FAO, UNICEF, OPS, UNESCO, OIT (2005). Objetivos de desarrollo del Milenio: una mirada desde América Latina y el Caribe, Santiago de Chile.

CHACKIEL, Juan (1999). “El envejecimiento de la población Latinoamérica: ¿Hacia una relación de dependencia favorable?”. Encuentro Latinoamericano y Caribeño sobre las personas de Edad. Cepal. Santiago de Chile.

CHACKIEL, JUAN (2004). “La dinámica demográfica en América Latina”. Cepal, Santiago de Chile.

CHESNAIS, J. C. (1990). “El proceso de envejecimiento de la población”. CEPAL – INDED. Serie LC/DEM7G.174. Santiago de Chile.

Del POPOLO, Fabiana (2001). “Características Sociodemográficas y Socioeconómicas de las personas de edad en América Latina”. Proyecto Regional de Población CELADE-CEPAL. Santiago de Chile.

- GUZMÁN, José Miguel; Huenchuan, Sandra; y Montes de Oca, Verónica (2003). "Redes De apoyo social de las personas mayores: marco conceptual". Notas de Población Número 77. CELADE. Santiago de Chile.
- MULLER, María y Pantéldes, Edith (1991). "Ancianidad y genero". 1ras. Jornadas Argentinas de Estudios de Población, Córdoba.
- OMS (1993). "El Envejecimiento y la capacidad de Trabajo". Serie de Inf. Tecn. Nº 835, Ginebra.
- PELAEZ, Enrique (2004). "Características Sociodemográficas del envejecimiento poblacional en la Provincia de Córdoba" VI Jornadas Argentinas de Estudios de Población. Buenos Aires.
- PLET P.C. y Lester B.T. (1993). "Capacitación de las personas de edad" OIT, Ginebra.
- UNITED NATIONS (2002). "World Population Ageing 1950-2050". Department of Economic and Social Affairs. Population Division. New York.
- UNITED NATIONS (2007). "World Population Prospect: The 2006 Revision". New York: Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat.
- VERONELLI, Juan C. (1999). "Envejecimiento y condiciones educativas y laborales del adulto mayor en Uruguay". Encuentro Latinoamericano y Caribeño sobre las personas de Edad. Cepal. Santiago de Chile.
- VILLA, M. y Rivadeneira, L. (1999). "El proceso de envejecimiento de la población en América Latina y el Caribe: una expresión de la transición demográfica". Encuentro Latinoamericano y Caribeño sobre las personas de Edad. Cepal. Santiago de Chile.

PROBLEMAS DE CALIDAD DE LA DECLARACIÓN DE LA EDAD DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR EN LOS CENSOS DE AMERICA LATINA DE LA RONDA DEL 2000¹

*Dalia Romero*²

*Anitza Freitez*³

Introducción⁴

Cada vez se torna más relevante el estudio sobre aumento considerable del volumen y del peso relativo de las personas adultas mayores en la estructura por edad de la población en los países latinoamericanos, lo que se denomina el envejecimiento de la población, ya que ese proceso no sólo seguirá aconteciendo en las próximas décadas sino que además, su intensidad y velocidad son más acentuadas que lo observado en los países desarrollados.

Es prioridad conocer la confiabilidad y validez de la declaración de la edad de los Adultos Mayores (Wang et al. 1999). De información fidedigna acerca de su magnitud y distribución por edades desagregadas depende no sólo las proyecciones de población, la planificación de servicios y de políticas para grupos de edades específicas sino también la mensuración de alguna de las medidas de riesgo (que tienen a la población como denominador) tal y como las estimaciones de mortalidad para edades más avanzadas.

Los censos son la fuente principal para obtener información sobre volumen y estructura por edad. Diversos estudios ya mostraron que los censos de países latinoamericanos adolecen de errores, como de cobertura y de declaración de la edad. Esos problemas son más acentuados entre la población adulta mayor, como lo demostraron, entre otros, Del Popolo (2000) con datos de varios censos de países latinoamericanos y Saxena & Gogte (1985) con información de Indonesia, y Tanganyika. Los re-

sultados confirman que los censos tienen una acentuada omisión de menores de 4 años en cuanto es abultado el número de adultos más mayores debido a la exageración de la edad y a la preferencia acentuada de determinadas edades en los extremos superiores de la vida.

Por lo anterior, este trabajo tiene como objetivo principal el analizar la calidad de la información censal de la ronda del 2000 con relación a la declaración de la edad de las personas adultas mayores. Estimativas presentadas en este trabajo dan continuidad al trabajo realizado por Popolo (2000) sobre “Los problemas en la declaración de la edad de la población adulta mayor en los censos”.

Las fuentes de datos utilizadas fueron los microdatos de los Censos Nacionales de población y vivienda de cada país correspondiente a la ronda de los años 2000⁵. La excepción fue Argentina, cuyos resultados fueron obtenidos directamente de la página (www.indec.mecon.gov.ar) del Instituto Nacional de Estadística y Censos. Para países no latinoamericanos (como Suecia, España, entre otros), los datos se obtuvieron de la base online (<http://esa.un.org/unpp>) de Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations (2002).

En el primer apartado de este trabajo se analiza los cambios de la composición de la población según grandes grupos de edad en las últimas tres décadas, usando algunos indicadores demográficos tomados del Boletín Demográfico N° 74 (2004).

Se estudia la magnitud y la estructura de la población adulta mayor (considerada como umbral los 60 años) en el último censo de cada país latinoamericano, visando detectar algunas inconsistencias en cuanto a los datos de edad de ese grupo etéreo. Se compara con los resultados obtenidos por Del Popolo (2000) para años anteriores. En tercer lugar, se analiza la población centenaria de los países de América latina y los posibles errores de declaración de esas edades.

El estudio de la calidad de la declaración de la edad de los países con información censal de la ronda del 2000 es desarrollado en el segundo apartado de este trabajo. Se analizan los índices de Whypple para la población en general y seguidamente, para grupos específicos de edades para evaluar la intensidad de la preferencia de determinados dígitos, especialmente en las edades más avanzadas. En tercer lugar, se estiman el índice de preferencia de determinadas edades.

Este trabajo tiene como resultados principales la confirmación de problemas de calidad de la información de la edad en los grupos de adultos mayores en la ronda de los censos del 2000, aunque de menor intensidad que en décadas anteriores. Entre los países comparados, los de más errores de la calidad de los datos son Bolivia, Guatemala, México y Ecuador. Este último llama especialmente la atención el presentar una proporción de mayores de 80 años superior a todos los países latinoamericanos e, inclusive, países europeos de transición demográfica avanzada.

La preferencia de edades (como 60, 80 y 100 años) es otra de las confirmaciones de este trabajo. Con el análisis de los centenarios latinoamericanos se mostró indicios de la exageración de la edad al encontrar adultos mayores, en Brasil y México, de hasta 130 años.

Análisis de la estructura por edades

Población censal según grandes grupos de edad

En este apartado del trabajo observase la distribución por grandes grupos de edad de la población en cada uno de los países latinoamericanos con la finalidad de visualizar cambios en su estructura durante las últimas tres décadas. Usase como referencia para la clasificación de los países según la fase de la transición demográfica el documento del BID/CEPAL/CELADE (1996).

El envejecimiento suele describirse sintéticamente como el incremento sostenido de la proporción de personas de 60 y más años con respecto a la población total, lo que resulta de una progresiva alteración del perfil de la estructura por edades. En el cuadro 1 se presenta la estructura por edades de los países latinoamericanos a partir de los datos de las rondas censales de las décadas de 1980, de 1990 y de 2000. Los cambios observados entre esas tres décadas ya reflejan la distinta intensidad de la disminución de la fecundidad y la mortalidad entre los países de la región y su notable transformación de la distribución por edad de la población, es decir, una proporción de niños y jóvenes cada vez menor y un peso relativo de las personas en edad adultas y avanzadas cada vez mayor.

Aunque los adultos mayores no lleguen a representar más de 10% de la población total, excepto en Argentina y Chile, su magnitud absoluta es relevante para la población mundial: alrededor de 30 millones de personas latinoamericanas son mayores de 60 años. Países desarrollados, como el Japón y Holanda, en 2000 la proporción de población que es mayor de 60 años alcanza algo más de 20%.

Llama la atención que Bolivia y Ecuador, considerados como de transición demográfica todavía moderada o incipiente, presentan proporciones de adultos mayores superior a de países de transición más avanzada, como Venezuela (cuadro 1). Eso podría explicarse en gran parte, como señala Del Popolo (2000), por la mayor tasa de mortalidad infantil (66,7 y 20), lo cual envejecería la estructura por edad de Bolivia. Sin embargo, también hay que considerar que la alta tasa global de fecundidad de Bolivia (4,3 hijos por mujer) estaría ejerciendo efecto contrario. Probablemente la migración en edades activas, adultos jóvenes, estaría envejeciendo la población de ese país.

Cuadro 1
Países seleccionados de América Latina. Distribución de
la población según grandes grupos de edad

Países	Censos de los 80			Censos de los 90			Censos de los 2000		
	0-14	15-59	60+	0-14	15-59	60+	0-14	15-59	60+
Transición Incipiente*									
Bolivia	41,5	52,2	6,3	41,4	52,1	6,5	38,7	54,3	7,0
Guatemala	44,9	50,1	5,0	44,0	50,2	5,8	42,3	51,4	6,4
Transición Moderada*									
Ecuador				38,8	54,8	6,4	33,2	57,7	9,1
En plena Transición *									
Brasil	38,2	55,7	6,1	34,7	58,0	7,3	29,6	61,8	8,6
México	43,1	51,4	5,5	38,6	55,3	6,2	29,8	61,9	8,3
Perú	41,2	52,7	6,1	37,0	56,0	7,0			
Venezuela	39,9	54,7	5,3	37,2	56,7	6,1	33,1	59,8	7,0
Paraguay				41,5	51,6	6,8	32,1	59,9	8,0
Panamá				34,9	57,6	7,6	32,0	59,4	8,6
Costa Rica							31,9	60,2	7,9
Transición Avanzada*									
Argentina	30,3	57,9	11,8	30,6	56,6	12,9	28,3	58,3	13,4
Chile	32,2	59,3	8,4	29,4	60,8	9,8	25,7	62,9	11,4

Fuente: Del Popolo, (2000). Correspondiente a censos de los 2000.

Nota: Clasificación de la Transición Demográfica definida por BID/CEPAL/CELADE en: Impacto de las Tendencias Demográficas sobre los sectores sociales en América Latina, Santiago de Chile, 1996.

Magnitud y Estructura de la población adulta mayor

La disminución de la mortalidad y el concomitante aumento de la esperanza de vida contribuyen a que más personas sobrevivan hasta edades avanzadas. Si bien esto implica la ampliación del tamaño de los grupos que irán avanzando por los sucesivos peldaños de la pirámide de edades, el descenso de la mortalidad no siempre impulsa el envejecimiento de la población (Villa & Rivadeneira, 2000).

La distribución de la población por grupos quinquenales de los mayores de 50 años es presentada en el Cuadro 2 y Gráfico 1. Puede apreciarse que alrededor del 45% corresponden a adultos de 50 hasta 59 años, entre el 15 y 17% corresponde a adultos entre 60 y 65 años. Por otra parte, entre los países con información de la ronda del 2000, los de mayor proporción de adultos mayores de 80 años son: Chile, Costa Rica, Panamá y Paraguay y Ecuador⁶. Este último presenta la más alta proporción de los países latinoamericanos, inclusive superior a la registrada en Holanda y España en 1990 y en Japón en el 2000. Tales resultados podrían estar indicando una propensión a exagerar la edad entre los adultos mayores latinoamericanos.

Llama la atención la cierta homogeneidad entre los países de las proporciones de población de grupos quinquenales de adultos más ma-

yores, es decir, países de transición demográfica más avanzada, como Argentina y Chile, tienen una distribución etárea de adultos mayores muy similar a la de países de etapas anteriores de la transición demográfica, como Bolivia y Guatemala. Situación similar fue observada por Del Popolo (2000) a partir de los censos de las tres rondas censales anteriores, siendo explicado, en gran parte, por inconsistencias de la declaración de la edad. Otro indicio de los problemas de calidad de la información es la preponderancia, respecto a los contiguos, del grupo de edad 70-74 en el 2000 en países como Bolivia, Guatemala y Chile.

En el Gráfico 2 se compara la estructura por grupo de edad quinquenal de la población adulta (a partir de 50 años) de Venezuela, Bolivia, Holanda y Japón, confirmando la tendencia esperada de mayor proporción de adultos mayores en esos dos últimos países. En el gráfico 3 se muestra que en Bolivia disminuyó la proporción de adultos de 80 años y más. México, aunque menos acentuado, también arrojó descenso en la proporción de adultos mayores de 80 años. Como señala Grushka (1996) es posible que un patrón diferente de mortalidad para los países de América Latina lleve a una estructura etárea también diferente, sin embargo es más factible pensar en problemas de declaración de la edad.⁷

Cuadro 2

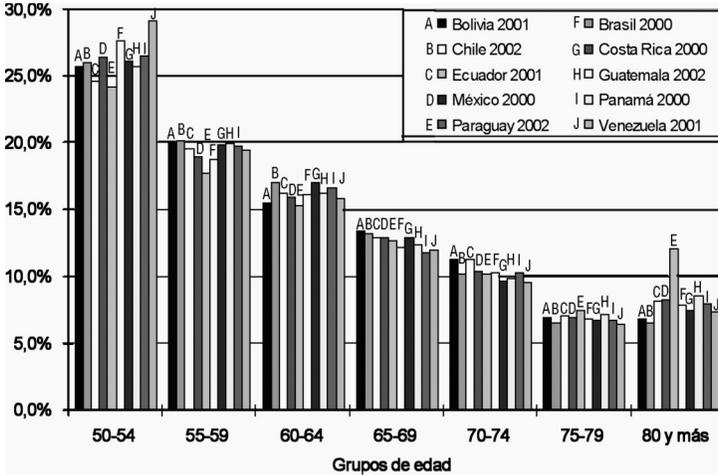
Países seleccionados: Distribución por grupos de edades de la población de 50 años y más. Censos de la ronda de los 2000.

Grupos de Edades	Bolivia 2001	Guatemala 2002	Brasil 2000	México 2000	Venezuela 2001	Argentina 2000
50-54	25,7	27,6	26,1	26,2	29,1	22,5
55-59	20,1	18,7	20,2	19,9	19,5	18,3
60-64	15,6	16,2	17,0	17,1	15,8	15,6
65-69	13,4	12,3	13,2	12,9	12,1	13,5
70-74	11,3	10,3	10,3	9,7	9,6	12,1
75-79	7,0	6,9	6,6	6,7	6,5	8,8
80 y más	6,9	7,9	6,6	7,5	7,3	9,2

Cuadro 2 (Continuación)

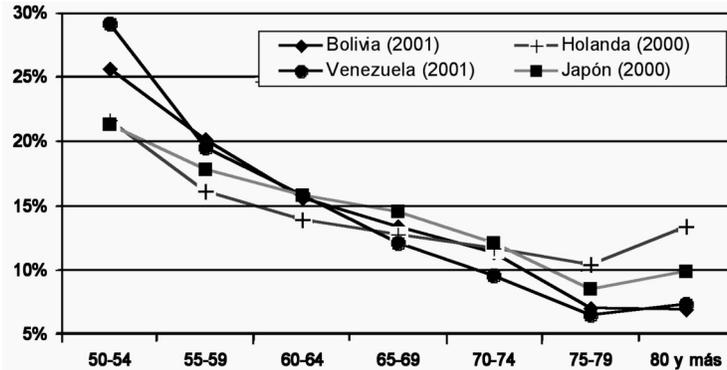
Grupos de Edades	Chile 2002	Ecuador 2001	Costa Rica 2000	Panamá 2000	Paraguay 2002
50-54	24,6	24,2	26,4	25,7	26,5
55-59	19,6	17,8	19,0	20,0	19,8
60-64	16,2	15,4	16,0	16,3	16,7
65-69	13,0	12,8	13,0	12,4	11,8
70-74	11,3	10,2	10,4	9,9	10,3
75-79	7,1	7,5	6,9	7,1	6,8
80 y más	8,1	12,1	8,3	8,6	8,0

Gráfico 1
Distribución de la población de 50 años y más según estimaciones del CELADE a fecha censos 2000



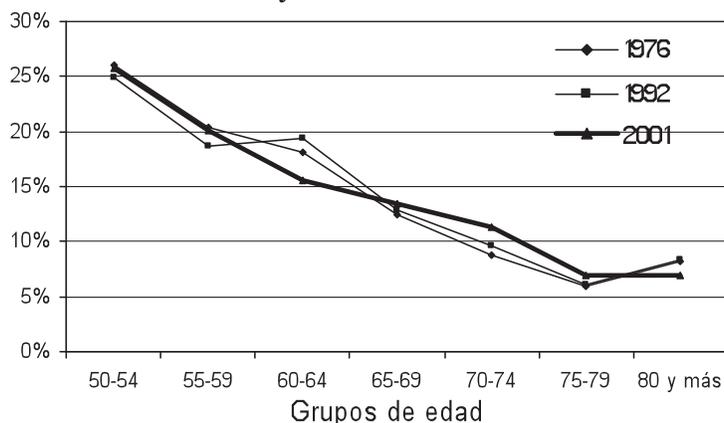
Fuente: Cuadro 2

Gráfico 2
Bolivia, Venezuela, Holanda y Japón: estructura de la población de 50 años y más. Censos de la década del 00.



Fuente: Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations (2002)-Holanda y Japón- y los censos de Bolivia y Venezuela.

Gráfico 3
Bolivia: distribución proporcional de los grupos de edad de 50 años y más. Varios censos.

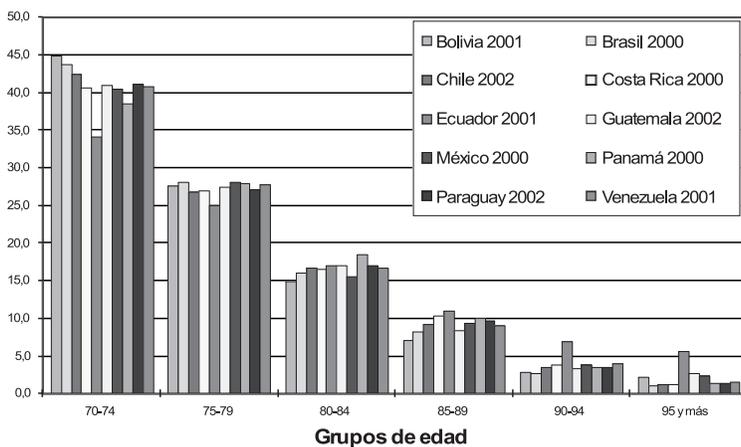


Fuente: Del Popolo (2000). Año 2000.

Seguidamente, se analiza la distribución etárea de la población de 70 años y más para identificar algunas inconsistencias en los grupos de edades más extremos. Con excepción de Ecuador, en todos los países latinos alrededor del 40% de los adultos mayores de 70 años corresponden al primer quinquenio de ese grupo (70-74 años) de acuerdo con los datos de la ronda censal del 2000 (cuadro 3).

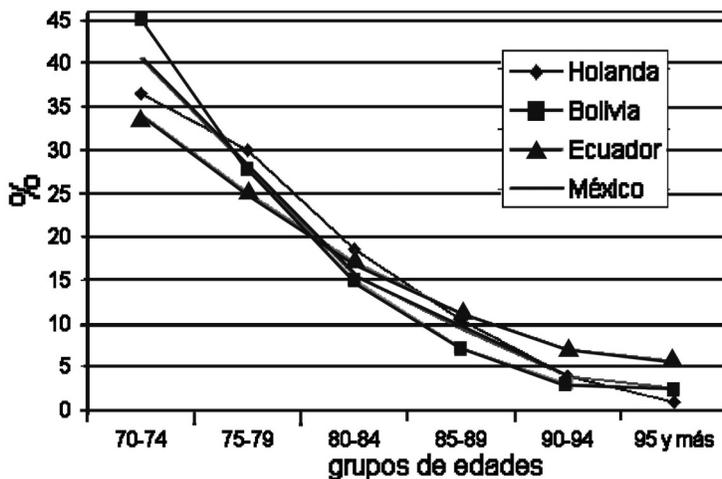
Por otra parte, todos los países latinoamericanos examinados arrojan proporciones de personas mayores de 95 años superiores a las observadas en países con una transición demográfica más avanzada e inclusive en etapas de post-transición (gráfico 4). En países como Japón, Holanda y Suecia, entre los mayores de 70 años, los mayores de 95 años no llegan a 1% en el año 2000 (cuadro 3) en cuanto que en Ecuador es de 5,6% y en Bolivia, Guatemala y México es mayor de 2% (gráfico 5). De nuevo puede llamar la atención esa mayor longevidad de los ancianos de países menos desarrollados, porque, como apunta Robine (2000), existen cada vez más constataciones de que los centenarios son un fenómeno reciente en los países industrializados y, por lo tanto, es cuestionable la validez, entre los latinoamericanos, de edades declaradas superiores a los 95 años.

Gráfico 4
Distribución de la población de 70 años y más según estimaciones del CELADE a fecha censos '00



Fuente: Cuadro 3

Gráfico 5
Distribución relativa de la población de 70 años y más. Censos de la ronda 2000



Fuente: Cuadro 3

Cuadro 3

Países seleccionados: distribución relativa de la población de 70 años y más (%). Ronda de los censos del 70, 80, 90 y 2000.

Grupos de Edades	Países y año del censo - Década del 70				
	Guatemala 1973	Brasil 1970	Perú 1972	Venezuela 1970	Italia 1971
70-74	47,5	47,0	42,8	45,2	44,9
75-79	25,5	24,5	23,2	23,4	28,9
80-84	15,4	15,6	17,3	16,3	17,0
85-89	6,8	5,9	7,8	7,4	6,9
90-94	2,8	2,4	4,8	4,0	1,9
95 y más	2,0	4,5	4,2	3,7	0,4
Etapa de la transición	Moderada		En plena transición		

Cuadro 3 (continuación)

Grupos de Edades	Países y año del censo- Década del 80					
	México 1980	Brasil 1980	Perú 1981	Venezuela 1981	Chile 1982	España 1981
70-74	41,8	47,9	39,6	43,7	44,0	43,5
75-79	28,5	30,3	26,6	26,9	28,0	30,5
80-84	17,2	13,2	18,1	16,1	16,9	16,6
85-89	6,8	5,2	7,7	6,9	7,3	6,8
90-94	3,2	2,0	4,0	3,8	2,4	2,1
95 y más	2,5	1,3	4,0	2,6	1,4	0,5
Etapa de la transición	En plena transición				Avanzada	

Cuadro 3 (continuación)

Grupos de Edades	Países y año del censo - Década del 90										
	Bolivia 1992	Guatemala 1994	Brasil 1991	México 1990	Perú 1993	Venezuela 1990	Argentina 1991	Chile 1992	España 1991	Holanda 1991	Italia 1991
70-74	39,9	44,5	43,9	37,7	40,9	41,0	41,6	40,3	37,8	37,5	33,5
75-79	25,3	26,4	29,9	26,9	26,5	28,0	30,4	28,8	29,8	29,2	32,2
80-84	17,4	16,2	16,1	18,3	17,6	18,8	17,5	18,1	19,7	19,3	21,5
85-89	7,9	7,3	7,2	10,3	8,9	9,2	7,6	8,3	9,4	9,9	9,5
90-94	3,8	3,4	2,2	4,2	4,1	2,0	2,3	3,0	2,7	3,4	2,8
95 y más	5,7	2,2	0,8	2,6	2,0	1,0	0,6	1,5	0,6	0,8	0,6
Etapa de la transición	Inci-piente	Mode-rada	En plena transición				Avanzada				

Cuadro 3 (continuación)

Grupos de Edades	Países y año del censo - Década del 2000											
	Bolivia 2001	Guatemala 2002	Brasil 2000	México 2000	Perú	Venezuela 2001	Argentina	Chile 2002	Costa Rica 2000	Ecuador 2001	Panamá 2000	Paraguay 2002
70-74	44,9%	41,0%	43,7%	40,6%		40,9%	40,2%	42,5%	40,7%	34,2%	38,5%	41,1%
75-79	27,7%	27,5%	28,1%	28,1%		27,8%	29,4%	26,8%	27,0%	25,1%	27,9%	27,1%
80-84	15,0%	17,1%	16,1%	15,6%		16,7%	17,5%	16,8%	16,6%	17,1%	18,6%	17,1%
85-89	7,1%	8,5%	8,2%	9,4%		9,0%	9,1%	9,2%	10,4%	11,1%	10,0%	9,7%
90-94	2,9%	3,3%	2,7%	3,9%		4,1%	3,1%	3,5%	3,9%	6,9%	3,5%	3,5%
95 y más	2,3%	2,6%	1,2%	2,5%		1,5%	0,7%	1,2%	1,3%	5,6%	1,4%	1,4%

Fuente: Del Popolo (2000). Año 2000.

Grupos de Edades	Países de Europa y Japón- Año 2000				
	Holanda	Francia	Italia	España	Japón
70-74	36,4%	36,6%	38,1%	40,2%	39,7%
75-79	30,0%	31,0%	31,0%	29,1%	27,7%
80-84	18,5%	14,0%	14,9%	17,4%	17,6%
85-89	10,4%	11,9%	11,3%	9,2%	10,3%
90-94	3,8%	5,1%	3,9%	3,5%	3,8%
95 y más	0,9%	1,3%	0,8%	0,6%	0,9%

Los centenarios en América Latina

En diversos estudios realizados en los países más industrializados, se mostró que el número de centenarios tuvo un crecimiento explosivo poco después de la segunda guerra mundial (Vaupel & Jeune, 1995) y que su número dependía del tamaño de la población de que se tratara (Robine, 2000). En el intento de estimar los límites de la vida humana (la máxima duración “biológica” de la vida) se ha generado un apasionado debate entre demógrafos, biólogos y actuarios, en el que se han llegado a acuñar nuevos conceptos como el de “life endurancy” o “resistencia de la vida”, en el que se recoge la edad a partir de la cual tan sólo una pequeña proporción de la población sobrevive (documento del Portal de Adultos Mayores de España).⁸

Es importante apuntar que el análisis de la longevidad en diversos países de América Latina está limitado por el criterio utilizado en las preguntas censales que determina el límite superior de edad en 99 años o

más. Para los censos de la ronda 2000 es el caso de Bolivia, Costa Rica, Ecuador, Guatemala, Honduras y Panamá⁹. En Dinamarca, los registros de población incluyen las cifras anuales de centenarios desde 1775.

En el caso de América Latina podemos estudiar el fenómeno de la longevidad, o de la exageración de la edad entre los adultos mayores, entre los países que dejan abierta la pregunta sobre la edad para mayores de 100 años así como evaluar el número de competidores que pasarán los cien años. México y Brasil son los países con población de mayor longevidad. Cuanto mayor sea el número de adultos mayores tanto mayor será la probabilidad de que se conviertan en supercentenarios ya que, como señala Thatcher (1997) con datos ingleses, existe relación entre el número de personas que alcanzan la edad de 100 años y la edad máxima alcanzada por cada una de las cohortes. Por lo tanto, eso podría en parte explicar una mayor proporción de centenarios en esos países que en países de mayor desenvolvimiento pero de menor número de habitantes.

Sin embargo, considerando que apenas cuatro casos de muertes posteriores a los 115 años fueron convalidados (Robine, 2000) entre los países del mundo, podría dudarse de la validez de las declaración de edades supercentenárias en varios de los países analizados.

La longevidad es de 130 años en México (20 hombres y 4 mujeres) y Brasil (11 hombres y 571 mujeres), de 110 años en Venezuela (1 hombre, 4 mujeres), de 108 en Chile (35 hombres y 25 mujeres). En Paraguay hay 10 mujeres con 106 años. Por consiguiente, al tratar los datos censales de población que está viva en el momento de la captación de la información, habría que afirmar que la longevidad en esos países es mayor que esos años observados porque para conocer la longevidad de esa población habría que observar la edad de fallecimiento de la última persona de esa cohorte.

Por otra parte, al contrario de lo esperado, no se presenta brecha de género en la longevidad, es decir, no se observa en todos los países mayor longevidad femenina. Tenemos también que considerar que si bien el número absoluto de súper centenario es mayor entre las mujeres, se encuentra en casi todos los países hombres en esas mismas edades. En tercer lugar, llama la atención de Paraguay el número repetido personas (10) de los 103 a 106 años (cuadro 4). El efecto del ponderador en censos realizados por muestreo podría afectar a contingentes pequeños de población, como los centenarios, por lo que sería importante evaluar el efecto del ponderador para esas edades específicas.

La amplia preferencia por edades como 90 y 100 años es otro de los indicadores de mala declaración de la edad entre los adultos más mayores. En el gráfico 6 puede advertirse que en México hay alrededor de 35.000 hombres de 90 años y apenas 8.000 hombres que declararon 91 años. En ese país la preferencia por los 100 años también es notable llegando a ser seis veces mayor su magnitud que la de edades subsiguientes.

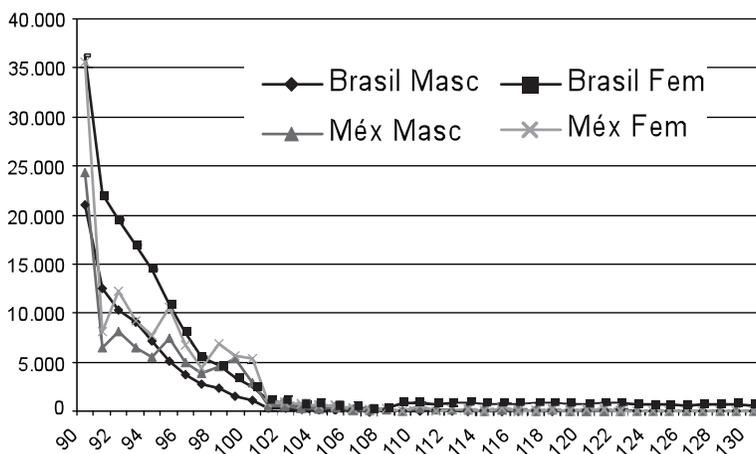
Podemos entonces afirmar a partir de la distribución porcentual por grupos de edades mostrada anteriormente, que existen evidencias de irregularidades en la estructura por edades de la población adulta mayor. Una de las observaciones más relevantes fue la alta proporción de los grupos de edades más avanzadas, la cual se mantuvo persistente en los censos de los últimos cuarenta años.

Cuadro 4
Población mayor de 100 años según sexo y edad simple de Brasil, México, Venezuela, Chile y Paraguay registrada en los censos de la ronda del 2000.

Edad	Brasil		México		Venezuela		Chile		Paraguay	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
100	1.062	2.520	2.902	5.345	458	709	84	176	42	60
101	252	1.102	507	889	594	691	60	124	51	20
102	254	777	490	882	54	122	65	94	41	80
103	164	614	328	710	41	93	50	76	10	10
104	160	476	217	491	26	48	38	46	-	10
105	106	431	382	602	48	93	56	60	-	10
106	101	289	155	254	16	44	44	36	-	10
107	49	334	134	70	9	33	40	32		
108	89	324	73	220	7	28	35	25		
109	35	802	16	58	7	14				
110	66	860	283	607	1	4				
111	110	741	104	59						
112	60	785	103	116						
113	23	793	72	91						
114	16	702	31	-						
115	54	681	109	222						
116	32	750	114	42						
117	29	768	68	59						
118	17	791	121	80						
119	24	691	17	32						
120	35	712	27	154						
121	28	780	42	88						
122	70	796	14	8						
123	9	748	19	13						
124	16	754	7	-						
125	8	653	6	35						
126	6	541	20	-						
127	21	694	19	-						
128	18	672	-	29						
129	21	688	10	-						
130	11	571	20	4						
Total Población	83.602.317	86.270.539	169.872.856	49.615.929	11.402.869	11.651.341	7.447.695	7.668.740	2.627.829	2.555.245

Fuente: Censos de la ronda de 2000.

Gráfico 6
Población de Brasil y México mayor de 90 años, según edad simple.
Año 2000



Índices de evaluación de la calidad de la declaración de edad

En el apartado anterior se mostraron algunos indicios de irregularidades en las estructuras por edades de la población adulta mayor en diversos países latinoamericanos, especialmente lo relacionado con el abultamiento de los grupos de adultos mayores, siendo una de las posibles causas la mala declaración de la edad

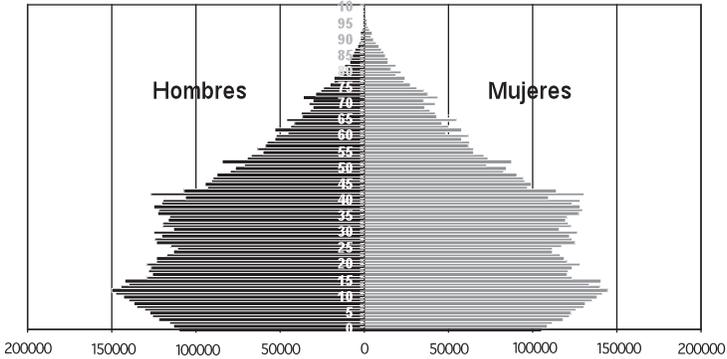
Ya diversos estudios apuntaron que uno de los errores que se presenta con frecuencia en la declaración de la edad en los censos de población es la preferencia por determinados dígitos y/o edades (United Nations, 1955. Myers 1940; Whipple, US Bureau of Census, 1971 y algunos otros). Por otra parte, también se ha constatado la tendencia a exagerar edades más avanzadas lo cual tiene un efecto importante en estimativas de tasas de mortalidad en esos grupos de edades (Coale et al. 1996; Zeng & Vaupel, 2003) Esa tendencia es más acentuada en países con menor nivel de desarrollo (Denic et al. 2004)

Una simple observación de las pirámides de edades de censos de la ronda 2000 puede ya evidenciar algunos problemas de preferencia de dígitos y de edades tal y como la preferencia por el dígito 2 en Chile (por el censo haber sido realizado en año terminado en 2) y la preferencia por los dígitos 0 y 5 en Ecuador.

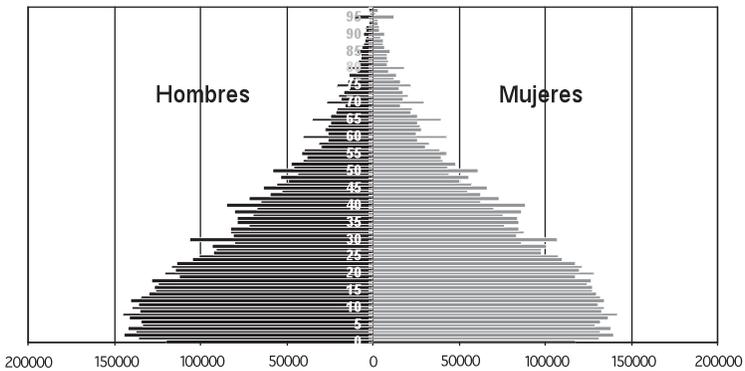
Ecuador es uno de los países que más llama la atención cuando se observa la distribución de la población absoluta por edad simple de cada

país. Con el gráfico 7 puede visualizarse la alta preferencia por ciertas edades, especialmente 60, 65, 75 y 95. Estos últimos son cuatro veces la cantidad de personas de 94 y de 96 años.

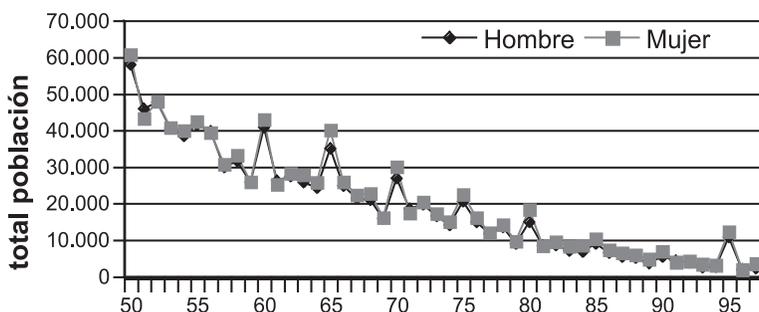
Gráfico 7
Pirámide de Edad, Chile 2002



Pirámide de Edad, Ecuador 2002



Ecuador. Población total de 50 años y más por edad simple: 2001



Para la evaluación de la declaración de la edad se dispone de diversos índices demográficos que buscan determinar la exactitud de la repartición de edades en la población. Esos métodos de medición de la atracción por el dígito terminal de edad, asumen, a priori, que la distribución es rectangular/uniforme, es decir, que no existe predominio de ninguna edad (o terminación de edad) en particular. Los dígitos que normalmente presentan mayor preferencia son “0” y “5” (edades terminadas en 0 y/o 5).

En primer lugar, estimamos el índice de Whipple para la población en general. Ese índice mide la atractividad de las edades con dígitos terminados en conjunto por “0 y 5” (cero y cinco). Supone que la preferencia proviene de las edades adyacentes (las dos anteriores y las dos posteriores).

La expresión utilizada es la siguiente:

$$IPE_x = \frac{5 * N_x}{N_{(x-2)} + N_{(x-1)} + N_x + N_{(x+1)} + N_{(x+2)}} * 100$$

Donde,

N_x corresponde a la población con edad “x”

El índice de Whipple (W) recibe la clasificación siguiente:

99 - 104,9 Datos precisos

105 - 109,9 Datos relativamente precisos

110 - 124,9 Datos aproximados

125 - 174,9 Datos imprecisos

175 - 501 Datos muy imprecisos

También existe la preferencia por ciertas edades, tal como los 60 años. En general, se supone que el redondeo hacia estos dígitos o edades proviene de las edades adyacentes, tanto inferiores como superiores.

A pesar de las mejorías de la década del 2000, mostradas por todos los países en cuanto a la declaración de la edad aún observamos proble-

mas de calidad en la población en general. Bolivia, Guatemala y México son los países con datos de peor calidad de la declaración de la edad para la población en general, dada la alta preferencia por el dígito 0 y 5. Países con datos precisos, cuando se considera el total de la población, son: Argentina, Chile, Brasil, Venezuela y Panamá (cuadro 5).

Cuadro 5
Países seleccionados de América Latina: Índice de Whipple de preferencia de edades terminadas en dígitos 0 y 5.

País	Ronda censal			
	1970	1980	1990	2000
Argentina	103,9	105,8	104,2	102,4
Bolivia	144,5	-	125,4	114,6
Brasil	127,6	110,7	103,3	103,5
Chile	123,0	103,2	100,3	99,5
Guatemala	163,9	164,9	130,6	127,0
México	148,0	133,4	125,2	116,8
Perú	125,1	126,2	110,7	-
Venezuela	116,9	101,6	106,4	102,5
Honduras		104,1	-	-
Paraguay			108,6	105,2
Panamá			109,3	103,2
Costa Rica			-	109,1
Ecuador			132,5	112,1

Fuente: Del Popolo (2000). Año 2000.

Para medir la preferencia de dígitos 0 y 5 para tramos de edades específicas, se usó la adaptación del índice de Whipple propuesta por Del Popolo (2000), presentada en el cuadro 6a y 6b.

A veces el dígito preferido es el correspondiente al año del censo. Por ello, se estima la preferencia por el dígito 2 en países que realizaron el censo en el 2002. como Guatemala, Paraguay y Chile.

En primer lugar, observase que la declaración de la edad entre las mujeres es de menor precisión que la de los hombres (cuadro 6a y 6b), como fue también confirmado con los censos de décadas anteriores (Del Popolo, 2000). Los problemas más intensos en la declaración de la edad se manifiestan entre las edades tardías (gráfico 7 y gráfico 8). Con el avanzar de los grupos de edad, los datos pasan de ser relativamente precisos a datos imprecisos entre los hombres de Guatemala y de Bolivia y, a datos aproximados en Ecuador y Costa Rica. Entre las mujeres (cuadro 6b) también se verifica el crecimiento de los problemas de la declaración de la edad a medida que avanza la edad. En Bolivia y México en cuanto las mujeres más jóvenes tienen datos relativamente precisos, las mujeres de más de 50 años tienen datos imprecisos sobre la edad. En Paraguay, Costa Ri-

ca y Ecuador también se nota el declinio de la calidad del dato con el avanzar de la edad. Se confirma que los países con censo realizados en 2002, Guatemala, Paraguay y Chile, la población tuvo fuerte tendencia a declarar edades terminadas en 2.

Comparando las magnitudes del índice de preferencia de determinadas edades en los censos de la ronda del 90 con los censos de la última ronda, los resultados indican que, en general, hubo amplias mejorías de la calidad de la declaración de la edad. Sin embargo, en la ronda de los censos del 2000 todavía es acentuada la preferencia por edades avanzadas como 60, 70 y 95 años. Apreciase dos agrupaciones de países, siendo el de peor calidad conformado por México, Bolivia, Ecuador y Guatemala El país con mejor declaración de la edades, inclusive entre los adultos mayores es Chile, seguido de Venezuela el cual decae la calidad sólo en las edades más avanzadas (preferencia por 90 y 95 años).

Cuadro 6 a
Países de América Latina: Índice de Whipple para la población masculina. Censos de la ronda 2000.

País	Preferencia dígito 0 y 5			Total 15-80
	15-35	35-55	55-80	
Bolivia (2001)	105,1	114,7	125,6	110,5
Brasil (2000)	101,9	103,3	105,6	103,1
Chile (2002)	100,7	97,7	101,4	100,3
Guatemala (2002)	110,8	129,3	137,7	119,2
México (2000)	106,2	116,8	131,6	113,4
Venezuela (2001)	101,3	101,6	105,9	102,7
Paraguay (2002)	101,4	104,0	110,9	103,7
Panamá (2000)	102,3	103,8	103,7	103,3
Costa Rica (2000)	104,9	110,2	114,5	108,3
Ecuador (2001)	104,0	111,1	127,1	110,2
Argentina (2000)	101,2	101,0	102,4	101,9
País	Preferencia dígito 2			Total 12-82
	12-32	32-52	52-82	
Guatemala (2002)	120,1	123,0	125,2	120,4
Paraguay (2002)	111,9	124,5	129,5	115,8
Chile (2002)	106,5	112,8	118,2	109,3

Cuadro 6b
Países seleccionados de América Latina: Índice de Whipple
para la población femenina. Censos del decenio de 2000.

País	Grupos de Edades			Total
	15-35	35-55	55-80	
Bolivia (2001)	106,4	118,3	135,3	114,0
Brasil (2000)	101,2	102,6	107,4	102,9
Chile (2002)	102,1	99,8	105,2	102,6
Guatemala (2002)	112,0	128,7	140,9	120,0
México (2000)	106,9	117,9	135,5	114,8
Venezuela (2001)	101,3	101,2	105,4	102,3
Paraguay (2002)	101,7	105,0	112,5	104,5
Panamá (2000)	102,7	103,8	103,8	103,4
Costa Rica (2000)	104,4	109,4	112,7	107,7
Ecuador (2001)	104,4	112,7	132,8	111,9
País	Preferencia dígito 2			Total
	10-32	30-54	50-84	
Guatemala (2002)	117,1	120,7	122,4	117,3
Paraguay (2002)	110,1	119,7	129,5	115,8
Chile (2002)	106,2	112,2	116,8	108,7

Notas

- ¹ Trabajo presentado en el III Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, ALAP, realizado en Córdoba –Argentina, del 24 al 26 de Septiembre de 2008.
- ² Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Brasil. dalia@cict.fiocruz.br.
- ³ Departamento de Estudios Demográficos, Universidad Católica Andrés Bello (UCAB), Venezuela. afreitez@ucab.edu.ve.
- ⁴ Este trabajo fue realizado con el apoyo del CELADE en el marco del proyecto “Estimación de la mortalidad adulta en edades avanzadas en países de América Latina” coordinado por José Miguel Guzmán en el año de 2004.
- ⁵ Manifestamos agradecimiento por el apoyo de Sebastián Carrasco y Lenin Aguinaga, del Área de Información y Capacitación del CELADE, por el procesamiento de los microdatos en el software REDATAM.
- ⁶ Datos de Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations, 2002
- ⁷ En el anexo 1 se presentan la distribución por grupo quinquenal de edad a partir de los 50 años en los censos de la ronda de los años setenta, ochenta, noventa y 2000 de los países latinoamericanos incluidos en este trabajo.
- ⁸ Site: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/pfizer-memoria-02.pdf>, consultado el 30 de septiembre de 2004.
- ⁹ Una recomendación a realizar en ese sentido es la pertinencia de dejar la pregunta de edad sin límites en los próximos censos. Es decir, no cerrar la respuesta ni los campos de preenchimiento en dos dígitos.

Bibliografía

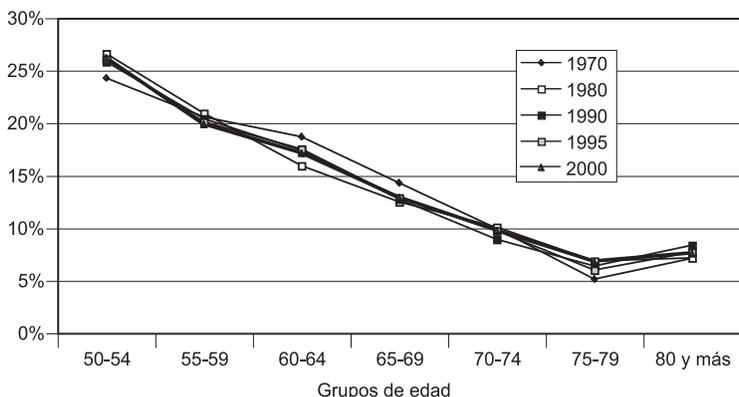
- ARRIAGA, E. 2001. El Análisis de la Población con Microcomputadores. Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad de Córdoba.
- CENTRO LATINOAMERICANO DE DEMOGRAFIA (CELADE) 2002. Boletín Demográfico No. 69. América Latina y Caribe: Estimaciones y Proyecciones de Población. 1950-2050. LC/G.2152-P
- CENTRO LATINOAMERICANO DE DEMOGRAFIA (CELADE), 2004. Boletín Demográfico No. 73. América Latina y El Caribe: Estimaciones y proyecciones de población. 1950-2050.
- COALE, Ansley and Shaomin Li. 1991. The effect of age misreporting in China on the calculation of mortality rates at very high ages. *Demography*. Vol. 28, No. 2.
- COALE, Ansley, and Ellen Eliason Kisker. 1986. "Mortality crossovers: Reality or bad data?" *Population Studies* 40: 389-401
- DENIC S, Saadi H & Falah K. 2004. Quality of age data in patients from developing countries *J Public Health* 2004 26: 168-171
- FEENEY, Griffith (1979). A Technique for correcting age distribution for heaping on multiple of five. *Asian and Pacific Census Forum*.
- GRUSHKA, Carlos O. (1996). Adult and Old Age Mortality in Latin America: evaluation, adjustments and a debate over a distinct pattern. Tesis Doctoral en Demografía, Universidad de Pensilvania.
- HILL M. E., Preston S. H. & Rosenwaive I. 2000. "Age Reporting Among White Americans Aged 85+: Results of a Record Linkage Study".. *Demography*. Vol 37(2). May : 175-86.
- POPOLO, F. 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.
- POPULATION DIVISION of the department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat, World Population Prospects: The 2002 Revision and World Urbanization Prospects: The 2001 Revision, <http://esa.un.org/unpp>, 01 October 2004; 10:13:57 PM
- PRESTON S., Elo I., Stewart Q. 1997. Effects of Age Misreporting on Mortality Estimates at Older Ages. Population Aging Research Center, University of Pennsylvania. Working Paper Series No. 98-01.
- ROBINE , J.M. 2000. Prolongación de la vida de los seres humanos: longevidad y calidad de vida. Encuentro latinoamericano y caribeño sobre las personas de edad. SERIE seminarios y conferencias. Centro latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE), pp135-170.
- SAXENA PC, Gogte BH. 1985. On Feeney's method for correcting age distributions for heaping on multiples of five. *Asian Pac Cens Forum*.11(3):5-9.
- UNITED NATIONS. Manuals on methods of estimating population: manual II; methods of appraisal of quality of basic data for population estimates. New York, Department of economic and social affairs, 1955. (*Population Studies*, 23)

- VILLA, M. Rivadeneira, L. El proceso de envejecimiento de la población en América Latina y el Caribe: una expresión de la transición demográfica. (Serie Seminarios y Conferencias - CEPAL, n. 2) NU. CEPAL. CELADE. Encuentro Latinoamericano y Caribeño sobre las Personas de Edad: ponencias presentadas al Seminario Técnico. Santiago: p. 25-58
- WANG Z, Zeng Y, Jeune B, and Vaupel JW 1999. Age validation of Han Chinese centenarians. In: B Jeune and JW Vaupel (Eds.). Validation of exceptional longevity. Odense: Odense University Press.
- ZENG YI, J. W. Vaupel 2003. Oldest-Old Mortality in China. DEMOGRAPHIC RESEARCH. V. 8, ARTICLE 7 (www.demographic-research.org)

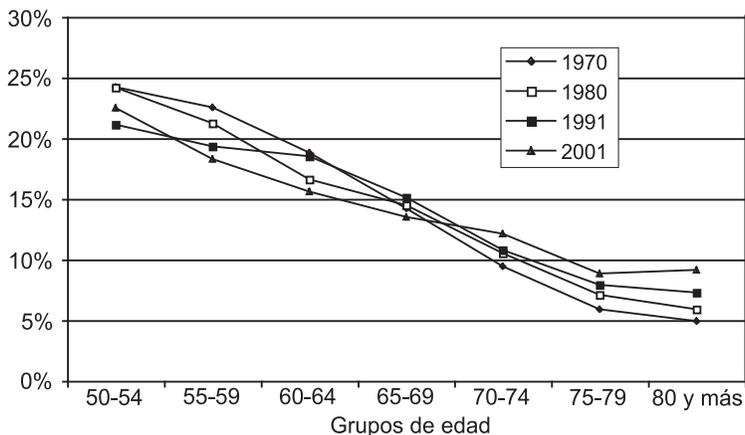
ANEXO 1

Gráficos de estructura por edad de la población mayor de 50 años en los tres últimos censos de países latinoamericanos

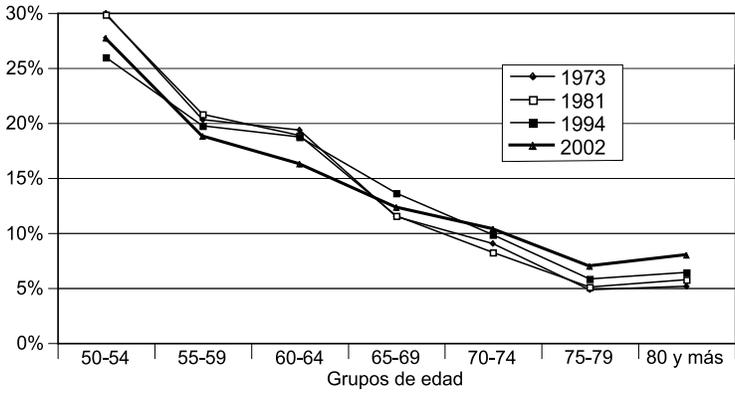
México: estructura etaria de la población de 50 años y más. Varios censos y conteos



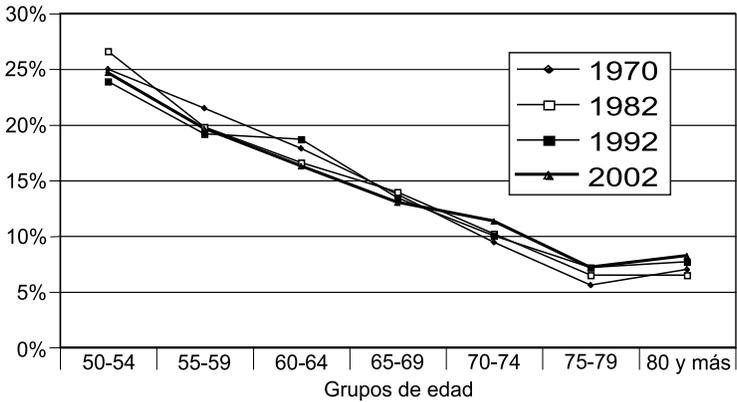
Argentina: estructura etaria de la población de 50 años y más. Varios censos

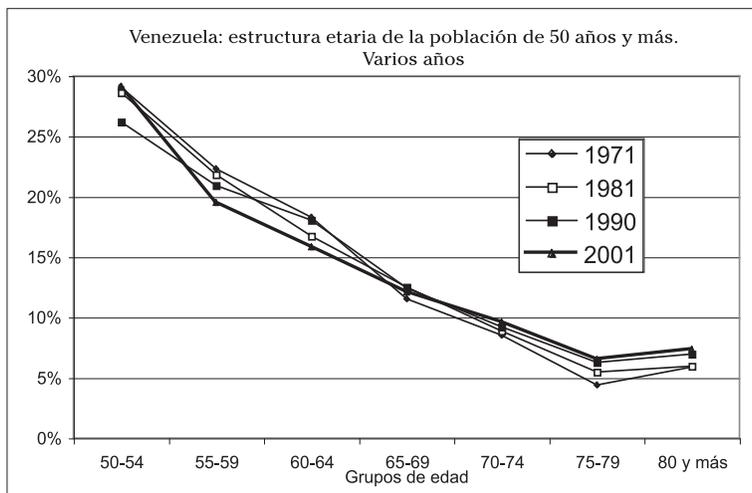
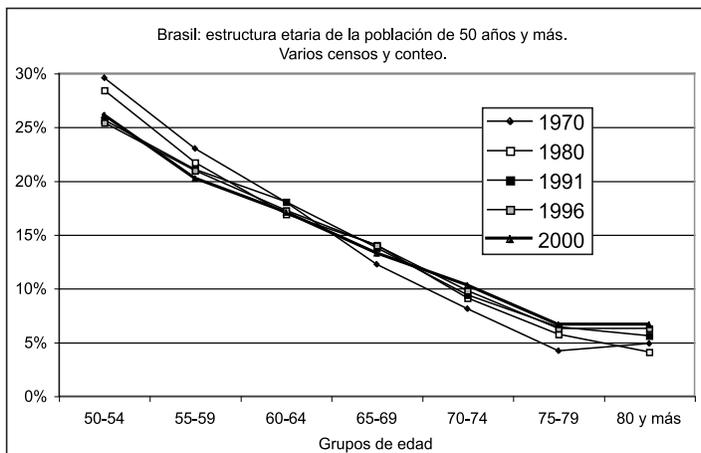


**Guatemala: estructura etaria de la población de 50 años y más.
Varios años**

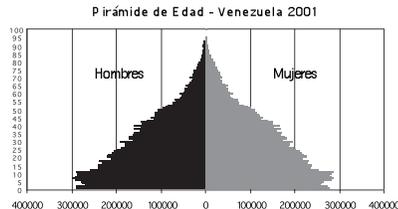
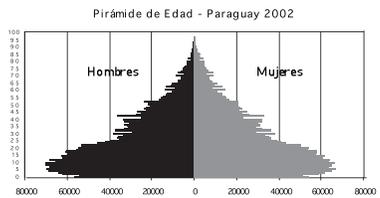
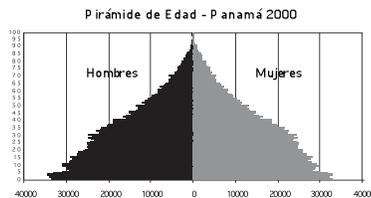
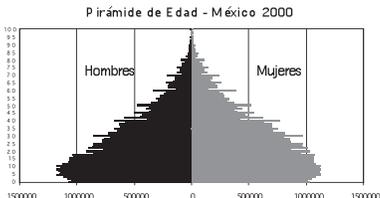
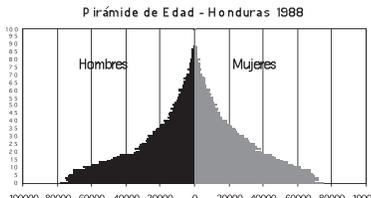
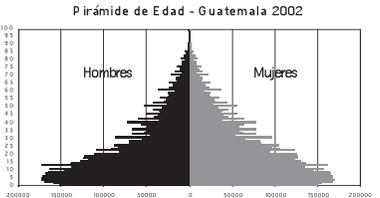
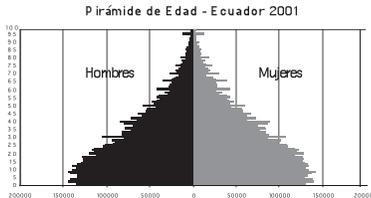
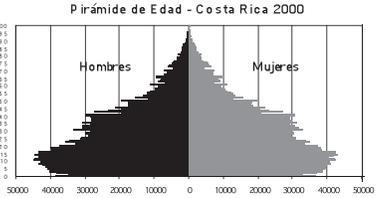
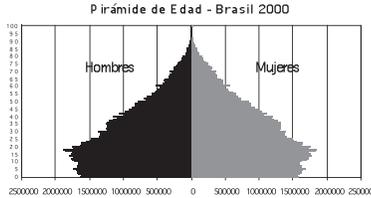
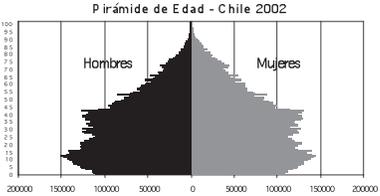
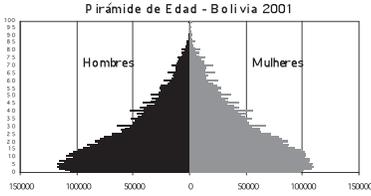


**Chile: estructura etaria de la población de 50 años y más.
Varios años**





ANEXO 2 Pirâmides



ANEXO 3

Países latinoamericanos. Preferencia por determinadas edades según sexo. Ronda de los censos del 2000.

Edad	Brasil		Guatemala		Venezuela		Ecuador		Chile		Bolivia		México	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
10	100,3	98,3	104,3	103,2	101,6	102,3	100,2	99,8	99,6	100,0	102,2	100,2	102,9	102,4
15	99,4	99,3	98,7	100,1	101,3	102,2	98,3	99,2	104,4	107,0	99,9	100,3	101,7	101,3
20	101,9	102,2	105,3	109,0	99,2	100,9	101,9	104,3	102,0	104,9	101,6	104,8	101,7	103,9
25	101,7	101,2	109,8	110,8	100,2	99,8	100,2	101,6	95,6	96,2	102,5	103,5	103,6	104,4
30	105,6	103,5	133,3	129,0	108,2	104,8	119,7	115,0	103,6	104,0	117,1	117,7	119,4	119,3
35	101,7	100,1	124,9	123,5	98,1	98,7	103,4	104,4	97,0	97,6	111,0	112,0	108,4	108,4
40	105,5	104,0	135,1	131,0	106,5	104,4	114,6	116,6	100,1	103,3	116,8	120,7	119,2	122,2
45	102,7	101,7	128,8	129,2	101,7	100,5	113,5	113,9	99,4	99,5	118,9	121,9	119,8	119,1
50	105,7	105,6	133,9	135,7	105,0	103,4	116,6	120,7	96,0	101,1	113,0	121,0	129,3	131,3
55	100,0	102,5	120,9	124,3	94,1	98,1	109,1	109,8	94,0	95,9	114,3	117,6	109,3	110,9
60	111,8	113,5	159,2	158,7	113,8	109,5	134,7	138,4	100,1	107,7	124,0	134,8	149,0	151,0
65	104,2	104,8	134,6	138,7	107,5	108,0	133,6	141,4	112,5	115,4	129,6	141,8	121,5	127,5
70	109,4	110,5	145,2	148,0	111,5	106,4	132,1	141,3	102,1	107,1	136,4	145,7	155,4	156,5
75	103,6	104,8	131,7	139,5	112,3	107,9	131,9	135,9	102,9	100,8	132,1	141,4	129,5	134,1
80	106,4	111,4	134,9	143,2	108,7	110,3	137,3	153,5	102,4	108,5	137,1	154,4	148,1	162,0
85	105,5	104,0	128,7	135,8	97,9	98,9	129,9	126,8	99,5	97,9	133,1	147,3	127,7	136,2
90	104,0	105,9	118,1	134,2	139,0	127,7	120,1	134,0	93,6	97,8	163,2	166,4	154,9	170,4
95	91,0	98,0	109,9	118,6	120,9	120,5	270,5	255,9	94,0	90,1	158,6	154,9	132,2	136,6

Países latinoamericanos. Omisión Censal por grupo de edad, sexo y país dos censos da Ronda del 2000.

Grupo de Edad	Venezuela		Argentina		Bolivia		Brasil		Chile		Costa Rica		Ecuador		Guatemala		Panamá	
	2001		2000		2001		2000		2002		2000		2001		2002		2000	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
0-4	11,06	11,65	2,57	2,55	9,87	12,36	6,75	6,30	11,16	11,13	5,36	4,69	8,53	7,60	16,49	15,21	0,88	0,42
5-9	2,84	2,78	0,25	-0,18	5,20	5,60	1,13	0,87	7,84	8,03	2,44	1,32	4,38	3,11	6,28	5,88	3,69	2,76
10-14	8,17	6,38	1,13	-1,39	-0,65	-0,42	1,35	0,57	3,16	3,66	1,02	0,15	3,34	2,61	1,52	3,81	3,83	4,23
15-19	10,61	8,15	2,22	2,03	2,64	1,70	2,14	0,50	6,62	7,03	2,54	0,21	7,09	3,44	9,45	6,99	3,70	2,53
20-24	8,19	3,76	3,57	1,92	2,68	-2,21	2,89	2,32	2,48	1,62	5,08	0,87	3,88	-2,68	9,86	3,60	6,75	4,22
25-29	9,55	4,26	5,31	1,92	13,68	10,31	6,10	5,04	3,06	0,82	6,11	0,44	12,95	5,43	13,66	10,00	8,26	6,78
30-34	8,07	3,53	5,29	1,45	11,53	9,58	5,65	3,88	4,46	2,27	8,79	1,68	8,80	4,84	3,50	7,11	6,47	5,82
35-39	11,09	5,43	4,80	1,30	4,84	1,98	7,18	5,33	3,51	0,23	8,60	0,46	6,76	0,44	-5,04	-2,26	2,32	2,70
40-44	5,70	0,79	1,09	1,61	-1,41	1,42	5,06	4,12	4,08	0,77	8,96	1,33	3,14	1,06	15,34	-8,84	3,36	4,40
45-49	9,35	4,93	3,26	3,06	0,60	5,67	5,28	4,82	6,05	3,83	9,68	4,26	9,15	7,56	-4,24	-2,85	2,59	4,47
50-54	11,38	7,57	2,20	-2,51	1,75	7,45	1,49	2,57	1,98	1,05	2,06	1,52	-2,00	-0,70	-7,65	-4,76	-2,38	-1,75
55-59	22,48	18,03	3,88	2,79	1,01	10,16	1,01	0,83	4,86	6,02	5,43	4,28	5,01	6,35	9,50	11,90	2,00	3,76
60-64	14,13	10,75	5,10	4,50	6,25	14,37	0,26	0,46	0,97	1,26	1,90	0,78	-0,34	0,74	0,70	4,93	-4,18	-1,61
65-69	15,85	11,45	6,62	7,41	3,91	3,56	-3,76	-4,01	-0,31	2,95	1,34	1,29	-3,64	-3,37	10,26	13,52	0,67	2,79
70-74	11,40	9,52	1,95	1,57	-8,59	-7,34	-1,95	-1,69	11,03	6,52	1,70	1,10	12,25	-5,58	-0,53	8,53	-3,96	0,96
75-79	7,59	8,78	0,15	2,17	17,41	-8,23	-3,76	-2,44	-3,06	5,68	4,11	0,78	-18,70	10,03	-3,16	7,05	-5,84	-1,42
80 y+	41,31	46,59	8,50	12,80	83,34	69,17	10,13	19,48	16,98	11,74	5,79	7,22	109,75	88,65	68,83	43,99	18,92	18,32
Total	8,98	5,94	2,37	1,23	4,39	4,60	3,41	2,47	4,23	3,37	4,69	1,10	4,51	1,83	5,90	5,76	3,52	3,38

Segunda Parte
ENVEJECIMIENTO Y SALUD

OBESIDAD, ENVEJECIMIENTO Y MORTALIDAD EN COSTA RICA¹

Luis Rosero-Bixby²
Gilbert Brenes-Camacho²
Ericka Méndez-Chacón²

Introducción³

El incremento en la prevalencia de la obesidad en el mundo ha despertado el interés de investigadores y gran público debido a la asociación del exceso de grasa corporal con ciertas enfermedades degenerativas (Popkin, 2006). En países ricos como los Estados Unidos de América, demógrafos han llegado incluso a pronosticar un declive en la esperanza de vida como consecuencia del incremento en la obesidad (Olshansky et al., 2005). Según la teoría de la transición nutricional (Popkin, 2004, 2006), las sociedades en vías de desarrollo van a experimentar en el futuro próximo un aumento tanto en la prevalencia de la obesidad como en las enfermedades asociadas a la obesidad debido a un cambio nutricional hacia una dieta alta en grasas saturadas y carbohidratos refinados y hacia una vida sedentaria en la que el cuerpo consume menos energía. Este cambio se propaga gracias a la globalización de patrones culturales de países ricos y llega a poblaciones con alta prevalencia de desnutrición durante su gestación e infancia.

Incrementos recientes en la obesidad entre latinoamericanos han generado, por su parte, pronósticos sombríos sobre aumentos en la prevalencia de limitaciones funcionales y enfermedades no transmisibles como la diabetes melitus, el infarto al miocardio y la aterosclerosis (Kain, Vio & Albala, 2003; Popkin, 2004). Estos augurios pesimistas son frecuentemente hechos para la población adulta mayor latinoamericana, dado que esta población es la que se ve mayormente afectada por enfermeda-

des crónicas (Drumond-Andrade, 2006; Barceló et al., 2007; Monteverde et al., 2007; Palloni et al., 2006).

Sin embargo, la literatura científica sobre envejecimiento y obesidad no es muy clara respecto a los efectos supuestamente perjudiciales de la obesidad sobre la salud entre los adultos mayores. En los países ricos se ha observado que la prevalencia de la obesidad decrece con la edad (Cornoni-Huntley et al., 1991; Ferraro, Thorpe & Wilkinson, 2003; Reynolds, Saito & Crimmins, 2005), que el efecto de la obesidad sobre la mortalidad también decrece con la edad (Bender et al., 1999; Fontaine et al., 2003; Lindsted & Singh, 1997; Thorpe & Ferraro, 2004), aunque la discapacidad y la esperanza de vida con discapacidad sí es mayor entre adultos mayores obesos que entre los no obesos (Reynolds, Saito & Crimmins, 2005).

Algunos autores argumentan que la atenuación de los efectos negativos de la obesidad sobre la salud entre adultos mayores se puede deber a sobrevivencia selectiva de los no obesos respecto a los obesos, al uso del Índice de Masa Corporal (IMC) para medir la obesidad cuando el IMC puede no ser adecuado entre personas de mayor edad, a la no medición de las pérdidas de peso voluntarias y no voluntarias, o a que la actividad física, más que la obesidad per se, es la que está más estrechamente relacionada con la morbilidad y mortalidad (Elia, 2001; Zamboni et al., 2005).

Algunos estudios focalizados en personas adultas mayores cuestionan si el IMC es la forma más apropiada para medir obesidad en edades avanzadas (Seidell & Visscher, 2000) debido a cambios en la composición corporal que tienen lugar con el envejecimiento. Se propone que en vez de usar el IMC se utilice la circunferencia de cintura (una medida que, por cierto, es mucho más sencilla de obtener y de mayor precisión que el IMC) como indicador de la acumulación de grasa abdominal (Seidell & Flegal, 1997), la cual parece estar especialmente asociada con riesgos de enfermedad cardiovascular y diabetes en mayor medida que la masa corporal (Donahue et al., 1987; Rexrode et al., 1998; Björntorp, 1997).

Costa Rica es el país de las Américas con la segunda esperanza de vida más alta, detrás de Canadá y por delante de los Estados Unidos, Cuba o Chile (PRB, 2007). Además se ha documentado que Costa Rica tiene una ventaja considerable en mortalidad de adultos mayores y en la de origen cardiovascular (Rosero-Bixby, 1991, 2008). ¿Hasta qué punto la ventaja costarricense en la mortalidad se debe a una composición favorable en términos de obesidad o a efectos atenuados de ésta sobre la salud? ¿Hasta qué punto cabe que en Costa Rica, y en Latinoamérica, se presenten los retrocesos en la esperanza de vida pronosticados para los países de ingresos altos como consecuencia del aumento de la prevalencia de obesidad?

El objetivo de este estudio es determinar la relación entre obesidad, envejecimiento y salud en adultos mayores de una población latinoamericana.

Datos y métodos

Se analizan datos del estudio CRELES, siglas de “Costa Rica: Estudio de Longevidad y Envejecimiento Saludable”. Este es un estudio longitudinal basado en una muestra probabilística nacional de cerca de 3,000 residentes en Costa Rica nacidos en 1945 o antes (edades ≥ 60 en la primera entrevista), con un sobre muestreo para edades avanzadas. Para este estudio se utiliza información de dos rondas de mediciones, separadas por cerca de dos años.

Cada ronda del CRELES consistió de una entrevista estructurada de aproximadamente 90 minutos de duración, incluyendo un cuestionario abreviado de frecuencia de consumo de 30 alimentos trazadores, varios exámenes físicos y antropométricos y toma de muestras de sangre en ayunas (en la primera ronda también se recolectó 12 horas de orina). Toda la información y especímenes se recolectaron en los hogares de los participantes por personal estandarizado. La información se capturó con computadores de mano (Palm PDAs). El Comité Ético Científico de la Universidad de Costa Rica aprobó los protocolos del estudio y un consentimiento informado que los participantes aceptaron por escrito. El trabajo de campo se efectuó con dos equipos de campo durante periodos de cerca de dos años para cada ronda: la primera ronda de noviembre de 2004 a setiembre de 2006 y la segunda de octubre de 2006 a mayo de 2008. El 84% de los individuos en el estudio fueron entrevistados en la segunda ronda. El 16% de discontinuación se compone de 10% de fallecidos y 6% que no pudo ser localizado nuevamente o rehusó la segunda entrevista. El 95% de los entrevistados tienen las mediciones antropométricas que permiten determinar obesidad.

Información de mortalidad se obtuvo de dos fuentes: (1) en el campo, como parte de la segunda ronda de visitas y (2) por seguimiento en el registro de defunciones del Tribunal Supremo de Elecciones. Para el presente estudio el seguimiento computarizado en el registro llega hasta el 31 de enero de 2008. El estudio registró 366 defunciones, 88 de ellas en individuos luego de la segunda ronda. De los participantes fallecidos antes de la segunda ronda, 7% fueron identificados como tales solamente gracias al seguimiento en el Registro (en el campo aparecían como no localizados, de modo que si se usasen solo los datos del campo se incurriría en una subestimación de la mortalidad del 7%) y 2% fueron detectados en el campo pero no en el registro. Esta última cifra demuestra que el registro de defunciones de Costa Rica es esencialmente completo, ya que es posible que incluso este bajo porcentaje se reduzca con inscripciones tardías. El restante 91% de defunciones fue captado por las dos fuentes.çç

La obesidad se midió a partir del Índice de Masa Corporal (IMC), expresado como el peso en kilogramos dividido por la talla en metros al cuadrado. La obesidad abdominal o central se obtuvo a partir de la medición

de la cintura en centímetros. Las mediciones antropométricas fueron tomadas por entrevistadores capacitados y estandarizados para este fin. Los valores de corte para definir obesidad son los recomendados por NHLBI Obesity Education Initiative, 2000. Se consideran obesas las personas con IMC ≥ 30 kg/m² y con obesidad abdominal a circunferencias de cintura mayores que 88 y 102 cm para mujeres y hombres, respectivamente.

Como variables de control del efecto de la obesidad se incluyeron: la condición de fumado en la primera entrevista, si se le ha diagnosticado alguna vez cáncer (excluyendo de la piel) y si ha perdido involuntariamente 5 kg o más de peso en los últimos 6 meses.

Los análisis se efectuaron usando el software Stata (Statacorp, 2007). Para los análisis de mortalidad, así como los de incidencia y remisión de obesidad, la información se organizó como una base de datos de tipo “tiempo de sobrevivencia” (“st” en Stata) con origen en la fecha de nacimiento de la persona, entrada a observación en la fecha de la primera entrevista de CRELES y salida en la fecha de muerte o en la fecha de fin del seguimiento (la fecha de entrada o salida de obesidad se imputó al azar en el intervalo entre las dos rondas). La mortalidad se analizó usando regresión múltiple no paramétrica de Cox y paramétrica de Gompertz (Hosmer & Lemeshow, 1999). Las tasas anuales de incidencia y remisión se obtuvieron por cociente entre el número de eventos (cambios de estado) y el número de años persona vividos en cada año de edad. Las curvas de tasas incidencia o remisión por edad se suavizaron con regresión de Poisson.

Resultados

Utilizando el criterio del Índice de Masa Corporal, la prevalencia de obesidad entre las personas adultas mayores de Costa Rica resultó de 26% (tabla 1). La prevalencia es mucho mayor en la mujeres (33%) que en hombres (19%). En comparación con otras poblaciones latinoamericanas, la costarricense ocupa un lugar intermedio con una prevalencia de obesidad menor que en Montevideo, Santiago o México D.F., pero mayor que en Sao Paulo y, especialmente, que en la Habana. Para poner estas cifras en contexto, la tabla 1 muestra también dos poblaciones extremas. Por un lado, los Estados Unidos con una prevalencia de obesidad mucho mayor especialmente entre los hombres y, por otro lado, Taiwán con prevalencia de obesidad sustancialmente menor que Latinoamérica. La mayor prevalencia de obesidad entre las mujeres se repite en todas estas poblaciones de personas adultas mayores.

Tabla 1
Porcentaje de obesidad (IMC \geq 30) en adultos
mayores de Costa Rica y poblaciones seleccionadas.

País / Ciudad	Obesidad		
	Total	Hombres	Mujeres
Taiwán	8,6	5,1	13,0
La Habana	14,5	6,3	19,3
Sao Paulo	20,6	9,5	28,3
Bridgetown	23,9	11,5	32,3
<i>Costa Rica</i>	<i>26,1</i>	<i>19,1</i>	<i>32,5</i>
México DF	30,4	20,2	37,1
Santiago	30,6	22,9	34,5
Estados Unidos	31,4	28,9	33,4
Montevideo	34,4	18,7	43,3

Fuente: CRELES, NAHNES, SEBAS y de Drumond-Andrade 2006.

Alguna literatura considera que las personas con sobrepeso (IMC de 25 a 30) también deben ser consideradas como de alto riesgo, especialmente metabólico, junto con las obesas. Más de las dos terceras partes de las personas adultas mayores de Costa Rica sufren sobrepeso u obesidad (tabla 2), prevalencia que es sumamente alta. La prevalencia de obesidad abdominal de acuerdo con la definición norteamericana (88/102 cm mujeres/hombres), también es bastante elevada, especialmente entre las mujeres adultas mayores (66%), y lo sería aun más alta si se consideraran criterios de clasificación como los que recomienda la Federación Internacional de Diabetes (80/94 cm mujeres / hombres).

Además de la importante diferencia de obesidad por sexo, como quiera que se la mida (tabla 2), la edad también hace gran diferencia, especialmente en la medición por masa corporal. Las personas mayores de 80 años tienen una prevalencia que es la mitad que entre las de 60 a 79 años. Por su parte, la clasificación por lugar de residencia o por educación sugiere que una mejor condición socioeconómica o mayor modernidad están asociadas a mayor prevalencia de obesidad, aunque en estos ámbitos las diferencias no son grandes.

Tabla 2
Masa corporal y obesidad abdominal en adultos mayores
de Costa Rica según características sociodemográficas.

Estado nutricional	Total	Sexo		Edad (años)		Área de residencia		Educación	
		Hombres	Mujeres	60-79	80 y más	San José	Resto del país	<Primaria completa	Primaria completa
Índice masa corporal									
Bajo peso (<18.5)	3,3	2,9	3,6	2,4	8,0	2,7	3,9	4,1	2,4
Eutróficos (18.5 a 25)	28,5	32,4	24,9	25,5	45,2	26,5	30,6	30,5	26,3
Sobre peso (25 a 30)	42,1	45,6	39,0	43,7	33,1	43,9	40,2	42,0	42,3
Obesidad (>=30)	26,1	19,1	32,5	28,3	13,7	26,9	25,3	23,4	29,1
N	2,698	1235	1463	1698	1000	1346	1352	1888	810
Obesidad abdominal*	45,1	22,0	66,3	46,5	36,9	46,5	43,6	45,2	45,1
N	2.632	1.211	1.421	1.690	942	1.314	1.318	1.838	794

Resultados ponderados con las fracciones muestrales.

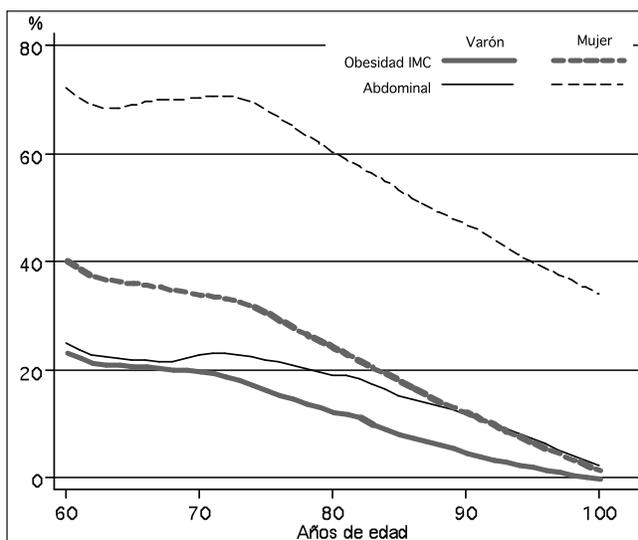
* circunferencia mayor que 88 y 102 cm, para mujeres y hombres respectivamente.

Ante la actual epidemia de obesidad en el mundo a veces se olvida que hasta hace no mucho tiempo el problema de salud más grave estaba en el otro extremo: en el bajo peso o desnutrición (IMC < 18.5). Al respecto, 3% de población en estudio resultó con bajo peso, porcentaje que se eleva a 8% entre los mayores de 80 años de edad. Vale decir que, sobre todo en las edades avanzadas, debe también prestarse atención al problema de la desnutrición en el adulto mayor, la cual es más prevalente fuera de la capital y entre personas de menor condición socioeconómica medida por la educación (tabla 2).

Envejecimiento y prevalencia de obesidad

¿Qué relación hay entre envejecimiento y obesidad en la población costarricense? La gráfica 1 presenta curvas de prevalencia de obesidad (general y abdominal) por edades simples que han sido suavizadas con regresión local (comando “lowess” en Stata). Es claro que la obesidad disminuye con la edad, especialmente a partir de aproximadamente los 75 años y en mayor grado en las mujeres que en los hombres. Llama también la atención la muy alta prevalencia de obesidad abdominal en las mujeres, lo que podría ser simplemente reflejo de que el criterio de clasificación usado no es apropiado para esta población que no presenta diferencias significativas por sexo en la circunferencia abdominal.

Gráfica 1
Prevalencia de obesidad general (IMC \geq 30) y abdominal por edad y sexo. CRELES ronda 1, 2005-6



Debe notarse que las curvas de la gráfica 1 no corresponden a un mismo grupo de personas en las distintas edades y conforme envejecen, sino a cohortes diferentes en un análisis de corte transversal. La caída de las curvas de obesidad con la edad podría, entonces, deberse a un genuino efecto de envejecimiento o a que, simplemente, las cohortes mayores fueron más delgadas. Es decir, estas curvas mezclan los efectos de edad y de cohorte. Un tercer efecto que también podría influir en esta caída con la edad, es la sobrevivencia selectiva de los no-obesos: en las edades avanzadas la prevalencia de obesidad podría ser menor porque las personas obesas han muerto antes de esas edades. A continuación intentamos distinguir estos tres tipos de efectos: cohorte, envejecimiento y sobrevivencia selectiva.

Con datos de CRELES no es posible medir efectos puros de cohorte. Para hacerlo harían falta mediciones para diferentes cohortes a una misma edad, lo que implicaría un amplio periodo de observación de décadas. Sin embargo, datos externos de dos encuestas pasadas de nutrición (Ministerio de Salud, 1996) sugieren que en Costa Rica la prevalencia de obesidad y sobrepeso ha aumentado sustancialmente en las cohortes más jóvenes (solo se dispone de datos para las mujeres). Según la encuesta de nutrición de 1982, el 56% de la mujeres nacidas entre 1922 y 1936 tenían sobrepeso u obesidad (IMC \geq 25) en dicho año, es decir cuando contaban entre 45 y 59 años de edad. Según la encuesta de nutrición de

1996, en las cohortes nacidas entre 1936 y 1951, la prevalencia de obesidad y sobrepeso había aumentado a 75% a edades equivalentes, es decir un enorme incremento generacional de 19 puntos porcentuales en solo 14 años. Los datos de CRELES corroboran el resultado de la encuesta de 1996: el 77% de las mujeres nacidas en 1936-1945 presentan sobrepeso u obesidad, solo que en este estudio las mujeres tienen en promedio diez años más de edad. Existe, pues, un efecto de cohorte en las curvas de la gráfica 1, por lo menos para las mujeres.

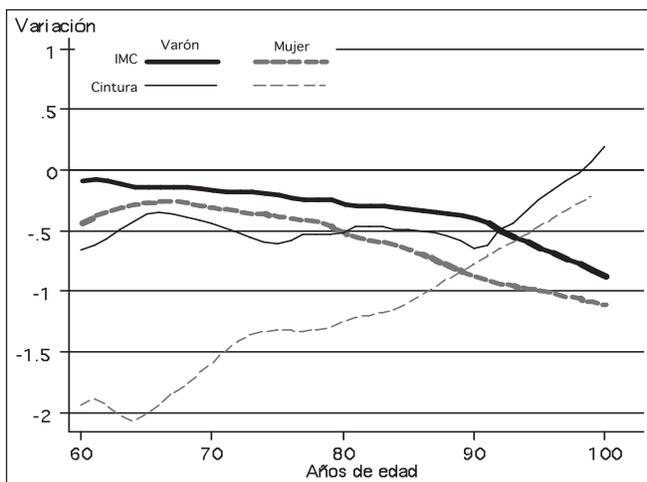
Al ser CRELES un estudio longitudinal permite aislar el efecto del envejecimiento mediante la medición de los cambios antropométricos en las mismas personas. Si en los dos años entre las dos entrevistas de CRELES no se observaran disminuciones significativas en la masa corporal o la cintura de las personas, significaría que la caída de las curvas por edad no es consecuencia del envejecimiento. Si, por el contrario se observasen disminuciones en las mismas personas, habría pie para pensar que uno pierde peso conforme se adentra en la tercera edad.

La gráfica 2 muestra que prácticamente en todas las edades predomina la pérdida de masa corporal y de circunferencia de cintura, es decir, se tienen incrementos negativos en promedio. La excepción son los varones nonagenarios que muestran una ganancia en grasa abdominal, aunque sospechamos que éste es un resultado anómalo que podría originarse en sobrevivencia selectiva (los que perdieron grasa abdominal pudieron haber muerto y, por tanto, no tienen las dos mediciones). La pérdida de masa corporal y de grasa abdominal es mayor (números más negativos) en las mujeres, especialmente entre las más jóvenes.

Incidencia y remisión de obesidad

La gráfica 3 presenta las tasas anuales de incidencia y remisión de obesidad, por sexo y para las dos mediciones (masa corporal y abdomen). Estas tasas se calculan únicamente para las personas con datos de las dos rondas. Las tasas de incidencia se estimaron con la submuestra de personas no obesas en la primera entrevista (N = 1.783) y las de remisión o salida de obesidad con las personas obesas (N = 503). Debido al reducido tamaño muestral, las tasas por edad tienen gran variabilidad (gráfica 3) por lo que se ajustaron con un modelo de regresión de Poisson en el que la variable dependiente es el número de eventos, la exposición el número de años persona y las variables explicativas, la edad en años simples, el cuadrado de la edad, el sexo y una interacción entre edad y sexo, descartándose de la ecuación las variables no significativas. La gráfica 3 muestra las tasas ajustadas con los modelos de regresión²¹ y las tasas observadas por edad.

Gráfica 2
Variación anual por edad y sexo en el IMC y la circunferencia de abdomen. CRELES ronda 1 y 2, 2005-2008

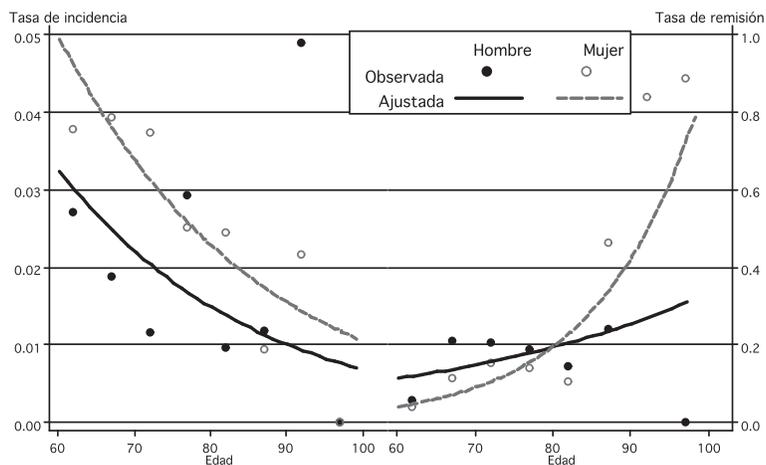


Coefficientes estimados con regresión de Poisson:

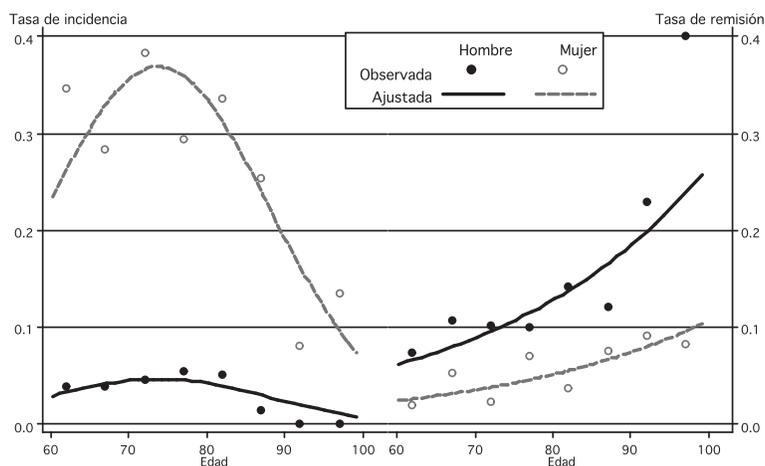
Variables	Tasa incidencia		Tasa remisión	
	IMC	CC	IMC	CC
Edad-60	-0,0386	0,0668	0,0757	0,0360
(Edad-60) ²		-0,0025		
Varón	-0,4232	-2,0373	0,9714	0,8985
Varón*(edad-60)			-0,0493	
Constante	-3,0008	-1,4463	-3,1080	-3,6511

IMC = Índice de masa corporal, CC = circunferencia de cintura

Grafica 3
Tasas anuales de incidencia y remisión de obesidad.
Costa Rica 2005-2007
A) Obesidad definida por $IMC >= 30$



B) Obesidad abdominal: cintura > 88/102 mujeres/hombres



La tasa de incidencia de obesidad aumenta hasta cierta edad (65 años para la obesidad medida por IMC y 75 años para la obesidad abdominal) y luego disminuye para las edades avanzadas, al tiempo que es mayor para las mujeres. El diferencial por sexo es enorme para la obesidad

abdominal: las mujeres presentan tasas de incidencia ocho veces más grandes que los hombres (pero, como ya se indicó, esto podría ser consecuencia de que el punto de corte de 88 cm para las mujeres es inapropiado para esta población). Las tasas de remisión o salida de obesidad aumentan con la edad y tienden a ser mayores entre los hombres. La interacción de estos patrones, hacen esperar que la prevalencia de obesidad entre adultos mayores disminuya con la edad y sea sustancialmente más alta entre las mujeres.

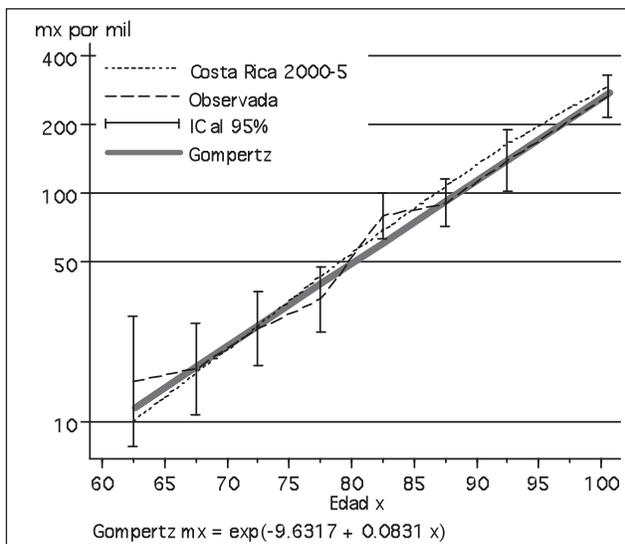
Obesidad y mortalidad

¿Que relación existe entre obesidad y mortalidad en las personas adultas mayores de Costa Rica? ¿Hasta qué punto la disminución con la edad en la prevalencia de obesidad se debe a la sobrevivencia selectiva de las personas no obesas? Si, el paradigma de que la obesidad eleva el riesgo de muerte se verifica con los datos, parte de la baja prevalencia de obesidad en las edades avanzadas podría deberse a la menor probabilidad de que las personas obesas alcancen edades avanzadas. Por otra parte, la determinación del efecto de la obesidad sobre la mortalidad permitiría adaptar a una población latinoamericana modelos recientemente desarrollados que predicen una caída de la esperanza de vida a consecuencia del aumento generacional de la obesidad.

Para estudiar la mortalidad CRELES cuenta con información para aproximadamente 2700 individuos con datos antropométricos y seguimiento de 2.1 años en promedio y poco más de 300 defunciones. Estos tamaños muestrales confieren un poder estadístico limitado por lo que será necesario utilizar intensamente modelos para identificar patrones de mortalidad libres del “ruido” de muestras de tamaño pequeño para el estudio de la mortalidad.

Antes de usar los datos de mortalidad conviene valorar su coherencia. Las tasas anuales de mortalidad derivadas de CRELES se muestran en la gráfica 4 por grupos quinquenales de edad. Las tasas por edad de esta muestra se corresponden bien con las tasas de mortalidad de toda la población costarricense de la tabla de vida oficial 2000-2005: los intervalos de confianza de los valores muestrales en la gráfica no difieren significativamente de los valores poblacionales. Además, las tasas de CRELES, al igual que las de la tabla oficial de mortalidad, siguen entre los 60 y 100 años de edad el comportamiento de aumento prácticamente lineal en los logaritmos, frecuentemente observado en estas edades. Vale decir que es apropiado ajustar un modelo de mortalidad de Gompertz a los datos, tal y como lo muestra la gráfica 3. La posibilidad de usar un modelo paramétrico como el de Gompertz es conveniente para análisis y estimaciones ulteriores.

Gráfica 4
Tasa de mortalidad por edad en CRELES 2005-2007



La tabla 3 presenta las probabilidades de transición de estado de obesidad y la transición a la muerte, derivadas de los datos longitudinales de CRELES. Contrariamente a lo esperado, se observa que la probabilidad de morir es mucho mayor —casi el doble— entre las personas no obesas que entre las obesas, según las dos clasificaciones de la tabla. Este es un resultado muy preliminar, pero que enciende una luz de alerta respecto al paradigma de que la obesidad reduce la esperanza de vida. Los datos de la tabla deben, sin embargo, ser depurados, especialmente introduciendo controles de la edad, fumado, y enfermedades que han llevado a la pérdida de peso, ya que entre los no-obesos tienen una mayor representación los hombres, las personas de edades más avanzadas, fumadoras, y con enfermedades como cáncer que han llevado a la pérdida involuntaria de peso, razón por la cual su mortalidad tiende a ser mayor.

Tabla 3
Cambio de estado de obesidad y muerte. CRELES rondas 1 y 2.

Estado final	Estado inicial (ronda 1)			
	IMC ≥ 30		Cintura $\geq 88/102$	
	No obeso	Obeso	No obeso	Obeso
No obeso	0,85	0,22	0,71	0,09
Obeso	0,04	0,72	0,16	0,84
Fallecido	0,12	0,06	0,13	0,07
Total	1,00	1,00	1,00	1,00
N	1.942	523	1.310	970

Para controlar los efectos de confusión citados, estimamos de manera preliminar modelos de regresión múltiple de riesgos proporcionales de Cox (Hosmer & Lemeshow, 1999). En estos modelos, la mortalidad de las personas obesas (IMC ≥ 30) no resultó significativamente distinta de las no obesas (riesgo relativo de morir de 1.08 con intervalo de confianza (IC) a 95% de 0.78 – 1.49), pero el riesgo de morir resultó **menor** (riesgo relativo de 0,76 con IC de 0,58 – 0,99) para las personas con obesidad abdominal. Estos resultados no muestran el efecto esperado de que la obesidad incrementa los riesgos de muerte. Ello puede deberse en parte a que el grupo de personas no-obesas incluye a las con bajo peso o desnutrición, cuyo riesgo de morir es alto, por lo que conviene distinguir en esta categoría los tres grupos que lo componen: bajo peso, eutróficos y con sobre peso. Con estas categorías, el análisis de regresión de Cox muestra que las personas con bajo peso (IMC < 18.5) presentan, en efecto, mortalidad sustancialmente más elevada: riesgo relativo de 2.4 (IC de 1.75 a 3.37) en comparación con las personas eutróficas. Sin embargo, ni las personas con sobrepeso ni las con obesidad difieren significativamente en su mortalidad de las de peso normal o eutróficas (IMC de 18.5 a 24.9 kg/m²). Los resultados anteriores controlan los efectos de edad, sexo, fumado, cáncer y pérdida involuntaria de peso.

Un problema en estos análisis preliminares es que los puntos de corte de las distintas categorías de masa corporal o de circunferencia de cintura podrían estar distorsionando los resultados. Además, hay pérdidas de poder estadístico y de grados de libertad al categorizar variables que originalmente son de intervalo. Al estimar modelos de regresión de Cox con las variables continuas IMC o circunferencia de cintura (CC en cm) se identificaron aumentos significativos en el riesgo de morir asociados con incrementos en IMC o CC entre las personas de menor edad. Un término cuadrático de IMC o CC resultó significativo, indicación de que la relación es curvilínea, es decir que el riesgo de morir es mínimo en valores intermedios de IMC o CC y es más alto en los extremos de desnutrición y obesidad. Estos modelos revelaron, además, que el efecto de IMC o CC está condicionado por la edad: el efecto de elevación de la mortalidad desaparece en edades avanzadas. Más aún, al incluir variables de interacción estadística del IMC o la CC con la edad algunos de los términos cuadráti-

cos dejan de ser significativos, es decir que la relación deja de ser curvilínea. La tabla 4 presenta los resultados de los modelos de regresión de Gompertz en el riesgo de morir finalmente adoptados. Dado que los coeficientes de esta tabla son de difícil interpretación, la gráfica 5, presenta, a modo de resumen, los valores predichos de la tasa de mortalidad por las ecuaciones de regresión de Gompertz para cuatro edades seleccionadas (solo se presentan resultados para las mujeres ya que la gráfica es muy similar para los hombres).

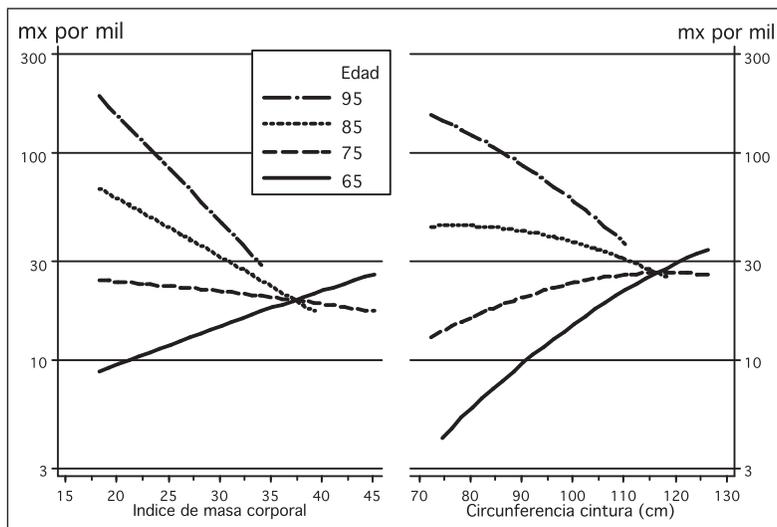
Tabla 4
Coefficientes de regresión de Gompertz explicando el riesgo de morir. CRELES 2005-2007

Variable explicatoria	IMC kg/m ²		CC cm	
	Coefficiente	(P>z)	Coefficiente	(P>z)
IMC o CC en cm	0,07752	(1,24)	0,12145	(0,01)*
IMC o CC al cuadrado	-0,00016	(0,83)	-0,00034	(0,14)
Varón	0,43115	(0,11)	0,35237	(0,19)
Varón*(edad-60)	-0,01015	(0,29)	-0,00591	(0,54)
(IMC o CC)*(edad-60)	-0,00534	(0,00)*	-0,00281	(0,00)*
Fuma	0,06804	(0,76)	0,12221	(0,58)
Diagnosticado cáncer	0,66996	(0,00)*	0,63839	(0,00)*
Pérdida involuntaria de peso	0,36731	(0,02)*	0,39319	(0,02)*
Con desnutrición	0,23591	(0,28)	0,59439	(0,00)*
Constante	-18,47940	(0,00)*	-32,76766	(0,00)*
Gamma	0,19847	(0,00)*	0,32616	(0,00)*

Entre las personas de menor edad (65 años en la gráfica) la mortalidad aumenta conforme se incrementa el IMC o la CC. Vale decir que, entre estas personas relativamente jóvenes, el sobrepeso y la obesidad sí son factores de riesgo. Y el aumento en la obesidad abdominal tiene un efecto más pernicioso que el aumento de peso. Un aumento de 12 centímetros en la cintura (valor de una desviación estándar) aumenta el riesgo de morir en 76%, comparado con un aumento de 24% asociado al incremento de una desviación estándar (5 puntos) en el IMC. La anterior es una estimación para personas de 65 años de edad. Entre personas de 75 años, el efecto nocivo de la grasa abdominal es mucho menor (26% mayor riesgo de morir con 12 cm extra de cintura) y el del IMC es inexistente o, incluso, comienza a manifestarse un efecto protector de la masa corporal: el riesgo de muerte disminuye 5% con aumentos de 5 puntos en el IMC a esa edad.

Gráfica 5

Tasa ajustada de mortalidad según el IMC y la CC para edades seleccionadas. CRELES 2005-2007, mujeres no desnutridas, no fumadoras, sin diagnóstico de cáncer y sin reciente pérdida involuntaria de peso.



Las estimaciones muestran, por otra parte, que para las personas de edad avanzada el problema es más bien el bajo peso. Más aun, los datos sugieren que el sobrepeso y la grasa abdominal son factores protectores que reducen el riesgo de morir. Entre los nonagenarios de la gráfica 5, un aumento de una desviación estándar en el IMC (5 puntos) reduce casi a la mitad el riesgo de morir y un aumento en la cintura de 12 cm lo reduce en un tercio. Este efecto protector del sobrepeso es, por tanto, más fuerte cuando se considera la masa corporal que cuando se considera la cintura.

Los efectos descritos no difieren por sexo y están controlados por fumado, diagnóstico previo de cáncer, pérdida involuntaria de peso y estado de desnutrición.

Dado que la dirección del efecto de la obesidad depende de la edad, en balance, el efecto final dependerá de la importancia relativa de la mortalidad en las distintas edades, la que a su vez es función de la estructura por edades de la población y la pendiente de la curva de mortalidad por edad. Una forma de resumir estos efectos es mediante la estimación de la fracción de mortalidad atribuible a obesidad. La tabla 5 muestra esta fracción, la cual fue estimada como el promedio de las fracciones en cada edad ponderado por el número de defunciones observadas en esa edad en Cos-

ta Rica en 2006. De acuerdo con estos resultados, la obesidad medida por el IMC tendría, en balance, un efecto nulo (o ligeramente protector) en la mortalidad. A la obesidad abdominal, por su parte, podrían atribuirse el 6% de las defunciones de adultos mayores del país (8% entre las mujeres).

Tabla 5
Porcentaje de mortalidad atribuible a obesidad. Adultos mayores de Costa Rica 2006

Tipo de obesidad	Total	Hombres	Mujeres
IMC \geq 30	-0,6%	0,3%	-1,6%
Abdominal	6,5%	5,0%	8,2%

Simulaciones en cohorte hipotética

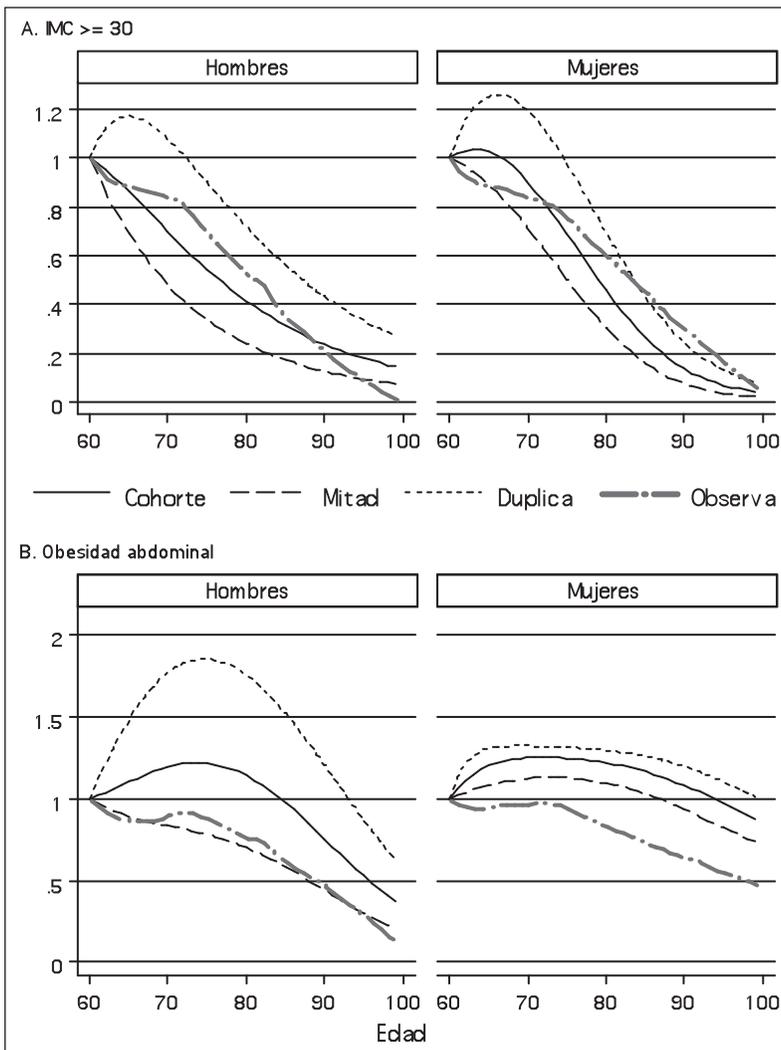
La prevalencia de obesidad en las distintas edades antes descrita es el resultado de la acumulación de tasas de incidencia y remisión del pasado, vale decir que la curva de prevalencia por edad no refleja las condiciones actuales. En una práctica que es común en demografía, uno puede estimar la prevalencia de obesidad en una cohorte hipotética de personas sujetas a las tasas de incidencia/remisión de 2005/2007, en un ejercicio similar al de preparar una tabla de vida por contemporáneos (Pallo-ni, 2001). La gráfica 6 presenta los resultados de esta simulación de la prevalencia con las tasas ajustadas de incidencia y remisión que se habían presentado en la gráfica 3 y los riesgos diferenciales de morir contenidos en las ecuaciones de regresión de la tabla 4. La gráfica 6 también presenta las prevalencias simuladas en dos escenarios de obesidad: (1) tasas de incidencia reducidas a la mitad y (2) tasas aumentadas al doble.

El patrón por edad de la prevalencia observada guarda cierta semejanza con los patrones simulados con las tasas observadas y con las del escenario de tasas de incidencia reducidas en 50%, especialmente en hombres. Esto sugiere lo ya mencionado: que las cohortes más viejas han sido menos propensas a la obesidad. Para las mujeres, particularmente, la curva observada es sustancialmente más baja que las simuladas, sugiriendo que ellas tuvieron en el pasado tasas sustancialmente más bajas de incidencia de obesidad.

En definitiva, los resultados de estas simulaciones confirman la presencia de efectos de cohorte en la obesidad.

Gráfica 6

Prevalencia de obesidad relativa a edad 60 en una cohorte hipotética con tasas de incidencia/remisión de 2005-2007 y simulaciones reduciendo la incidencia a la mitad o duplicándola



Discusión

Es solo en épocas recientes que emerge una percepción negativa de la obesidad y el sobrepeso, tanto desde el punto de vista de la estética como desde el de la salud. Basta contemplar las hermosas pinturas de Rubens y otros artistas del pasado para darse cuenta que los ideales de belleza y de salud eran muy diferentes hasta hace no mucho en lo referente a la composición corporal.

Los datos de CRELES para los adultos mayores de Costa Rica confirman, pero solo hasta cierto punto, el paradigma moderno de que la obesidad y el sobre peso son nocivos para la salud. El paradigma se confirma solo en las primeras edades de los adultos mayores, hasta los 75 años de edad para obesidad abdominal y antes para obesidad medida por el IMC. El efecto nocivo del exceso de peso a estas edades es más fuerte para la obesidad abdominal que para la masa corporal. En contraste, para edades avanzadas los datos muestran la relación inversa: el sobrepeso se manifiesta como un factor protector y este efecto protector es más fuerte para la masa corporal que para la grasa abdominal.

Los datos, por otra parte, muestran una clara tendencia a la pérdida de masa corporal y grasa abdominal con la edad como consecuencia del envejecimiento, de modo que a edades avanzadas es raro encontrar personas obesas y más bien emerge el problema del bajo peso y desnutrición.

Los datos analizados en cierta medida contradicen el paradigma actual de la salud pública que atribuye a la obesidad y el sobrepeso importantes connotaciones negativas. Esta contradicción en parte se debe a que en las personas adultas mayores las características y el efecto de la obesidad es diferente que en edades más jóvenes. Así lo reconocen estudios focalizados en adultos mayores (Seidell & Visscher, 2000; Stevens et al., 1998) los cuales además cuestionan medidas antropométricas tradicionales y sugieren más bien utilizar indicadores como el de circunferencia de cintura. El presente estudio encontró que, en efecto, hay un riesgo atribuible a la obesidad abdominal de 6% (8% en las mujeres) de las defunciones de adultos mayores en Costa Rica, riesgo que resultó prácticamente nulo con la obesidad medida por IMC.

Las políticas de salud pública actuales para combatir la obesidad deben tomar nota y hacer la excepción para las personas de edad avanzada. Los modelos que pronostican disminuciones futuras de la esperanza de vida debido al aumento de la obesidad deberían tener la suficiente sofisticación para incluir los dos principales hallazgos del presente estudio: la pérdida de peso que ocurre con la edad y la inversión de la asociación entre masa corporal y riesgo de muerte. De hecho, un rápido cálculo del efecto que una duplicación de las tasas de incidencia de obesidad tendría en la esperanza de vida a la edad 60 de muestra que éste es negli-

gible. El efecto mayor de esta simulación se da entre los hombres: la duplicación de las tasas de incidencia de obesidad abdominal de Costa Rica resultaría en una reducción de tan solo 0.15 años en la esperanza de vida a la edad 60.

La ausencia de efectos importantes de la obesidad en la mortalidad de adultos mayores, no significa que aquella carece de importancia para la salud pública. La literatura ha encontrado amplia evidencia de que los efectos negativos más importantes de esta condición tienen lugar en la discapacidad y en la morbilidad (Fries, 1980). Es decir que el control de la obesidad tiene relación más con la **calidad** de vida que con la **cantidad** de vida de las personas de edad avanzada.

Una importante extensión del presente estudio será explorar si existe un vínculo causal en las asociaciones encontradas entre obesidad y riesgo de muerte ¿Es el sobrepeso per se el que incrementa (o reduce, dependiendo de la edad) los riesgos de morir, o el peso es simplemente manifestación de otros factores causales? Si lo segundo, las intervenciones a nivel poblacional o individual para modificar la masa corporal no tendrían impacto en la esperanza de vida de las personas.

Otro asunto que merece atención es la diferenciación entre efectos de generación y de envejecimiento en el estudio de la obesidad de las personas adultas mayores. Los datos analizados sugieren que ambos efectos están presentes: las personas de edad avanzada tienen una prevalencia menor de obesidad porque pertenecen a generaciones en las que la obesidad fue menor (efecto de cohorte) y porque han perdido masa corporal en la tercera edad.

Notas

¹ Manuscrito presentado en el III Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, ALAP, Córdoba –Argentina, del 24 al 26 de Septiembre de 2008.

² Centro Centroamericano de Población, Universidad de Costa Rica.

³ Reconocimientos: El proyecto “Costa Rica: estudio de longevidad y envejecimiento saludable (CRELES)” es una investigación de la Universidad de Costa Rica, ejecutada por el Centro Centroamericano de Población con la colaboración del Instituto de Investigaciones en Salud, con subvención de la Fundación Wellcome Trust (grant N. 072406). Investigador Principal: Luis Rosero-Bixby. Co-investigadores: Xinia Fernández y William H. Dow. Investigadores colaboradores: Ericka Méndez, Guido Pinto, Hannia Campos, Kenia Barrantes, Floribeth Fallas, Gilbert Brenes y Fernando Morales. Personal de informática y apoyo: Daniel Antich, Aaron Ramírez, Jeisson Hidalgo, Juanita Araya y Yamileth Hernández. Personal de campo: José Solano, Julio Palma, Jenny Méndez, Maritza Aráuz, Mabelyn Gómez, Marcela Rodríguez, Geovanni Salas, Jorge Vindas y Roberto Patiño.

Bibliografía

- BARCELÓ A.; Gregg E.W.; Pastor-Valero M. & Robles S.C. (2007). Waist circumference, BMI and the prevalence of self-reported diabetes among the elderly of the United States and six cities of Latin America and the Caribbean. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 78:418-427.
- BENDER, R.; Jöckel, K.H.; Trautner, C.; Spraul, M. & Berger, M. (1999). Effect of age on excess mortality in obesity. *Journal of the American Medical Association*, 281: 1498-1504.
- BJÖRNTORP, P. (1997). Body fat distribution, insulin resistance, and metabolic diseases. *Nutrition*, 13: 795-803.
- CORNONI-HUNTLEY, J.C.; Harris, T.B.; Everett, D.F.; Albanes, D.; Micozzi, M.S.; Miles, T.P. et al. (1991). An overview of body weight of older persons, including the impact on mortality. The National Health and Nutrition Examination Survey-Epidemiologic follow-up study. *Journal of Clinical Epidemiology*, 44: 743-753.
- DONAHUE, R. P.; Abbot, R. D.; Bloom, E.; Reed, D. M. & Yano, K. (1987). Central obesity and coronary heart disease in men. *Lancet*, 1, 821-824.
- DRUMOND-ANDRADE, F. (2006). Obesity and Central Obesity in Elderly People in Latin America and the Caribbean – Are we fat? Trabajo presentado en el XV Encuentro Nacional de Estudios de Población, ABEP, realizado en Caxambú- MG – Brasil, del 18 al 22 de setiembre del 2006.
- ELIA, M. (2001). Obesity in the elderly. *Obesity Research*, 9:244S–248S.
- FERRARO, K.F.; Thorpe, R.J. & Wilkinson, J.A. (2003). The life course of severe obesity: Does childhood overweight matter? *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 58B: S110-S119.
- FONTAINE, K.R.; Redden, D.T.; Wang, C.; Westfall, A.O. & Allison, D.B. (2003). Years of life lost due to obesity. *Journal of the American Medical Association*, 289: 187-193.
- FRIES, J. F. (1980). Aging, natural death, and the compression of morbidity. *The New England Journal of Medicine*, 303(2), 130-135.
- HOSMER, D. W. & Lemeshow, S. (1989). *Applied Logistic Regression*. New York: John Wiley & Sons.
- HOSMER, D. W. & Lemeshow, S. (1999). *Applied Survival Analysis*. New York: John Wiley & Sons.
- KAIN J.; Vio, F. & Albalá C. (2003). “Obesity trends and determinant factors in Latin America”. *Cadernos de Saúde Pública* 19(Sup 1): S77-S86.
- LINDSTED, K.D. & Singh, P.N. (1997). Body mass and 26-year risk of mortality among women who never smoked: Findings from the Adventist Mortality Study. *American Journal of Epidemiology*, 146: 1-11.
- MONTEVERDE, M.; Novak, B.; Noronha, K.; Palloni, A. (2007). “Obesity and the Loss of Life: A Comparison between the US and Mexico”. CDE Working Paper No. 2007-12. University of Wisconsin, Madison.
- NATIONAL HEART, Lung and Blood Institute –NHLBI- (2000). *The Practical Guide Identification, Evaluation, and Treatment of Overweight and Obesity in Adults*.

- OLSHANSKY, S.J.; Passaro, D.J.; Hershov, R.C.; Layden, J. et al. (2005). "A potential decline in life expectancy in the United States in the 21st century". *New England Journal of Medicine*, 352:1138-1145
- PALLONI, A. (2001). Increment-decrement Life Tables. In S. H. Preston, P. Heuveline & M. Guillot (Eds.), *Demography. Measuring and Modeling Population Processes* (pp. 256-272). Malden, Massachusetts: Blackwell Publishers Inc.
- PALLONI, A.; McEniry, M.; Wong, R. & Peláez, M. (2006). The tide to come: elderly health in Latin America and the Caribbean. *Journal of Aging and Health*, 18: 180-206.
- POPKIN, B.M. (2004). The nutrition transition: an overview of world patterns of change. *Nutrition Review*, 62:S140-S143.
- POPKIN, B.M. (2006). Global nutrition dynamics: the world is shifting rapidly toward a diet linked with noncommunicable diseases. *American Journal of Clinical Nutrition*, 84:289-298.
- PRB. (2007). *2007 World Population Data Sheet*. Washington, D.C.: Population Reference Bureau.
- Rexrode, K. M.; Carey, V. J.; Hennekens, C. H.; Walters, E. E.; Colditz, G. A. et al. (1998). Abdominal adiposity and coronary heart disease in women. *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, 280, 1843-1848.
- REYNOLDS, S.L.; Saito, Y. & Crimmins, E.M.(2005). The impact of obesity on active life expectancy in older American men and women. *Gerontologist*, 45: 438-444.
- ROSETO-BIXBY, L. (1991). Socioeconomic development, health interventions, and mortality decline in Costa Rica. *Scandinavian Journal of Social Medicine, Suppl 46*: 33-42.
- ROSETO-BIXBY, L. (2008). The Exceptionally High Life Expectancy of Costa Rican Nonagenarians. *Demography* 45(3): 673-691
- SEIDELL, J. C. & Flegal, K. M. (1997). Assessing obesity: classification and epidemiology. *British Medical Bulletin*, 53: 238-252.
- SEIDELL, J. C. & Visscher, T. L. C. (2000). Body weight and weight change and their health implications for the elderly. *European Journal of Clinical Nutrition*, 54(Supplement 3), S33-S39.
- STATACORP. (2007). *Stata Statistical Software: release 10*. College Station, Texas: Stata Corporation.
- STEVENS, J.; Cai, J.; Pamuk, E. R.; Williamson, D. F.; Thun, M. J. & Wood, J. L. (1998). The effect of age on the association between body-mass index and mortality. *The New England Journal of Medicine*, 338(1): 1-7.
- THORPE, R.J.; Jr.; & Ferraro, K.F. (2004). Aging, obesity, and mortality: Misplaced concerns about obese older people? *Research on Aging*, 26(1), 108-129.
- ZAMBONI, M.; Mazzali, G.; Zoico, E.; Harris, T.B. et al. (2005). Health consequences of obesity in the elderly: a review of four unresolved questions. *International Journal of Obesity* 29: 1011-1029.

COSTOS INDIVIDUALES ESPERADOS DE CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN EN BUENOS AIRES, MÉXICO Y PUERTO RICO¹

*Malena Monteverde²
Kenya Noronha²
Alberto Palloni³
Karina Angeletti⁴*

Introducción

Los países de América Latina y el Caribe (ALC) están enfrenando un envejecimiento acelerado de sus poblaciones y dicho proceso se está produciendo en un contexto muy diferente al de los países más industrializados (Palloni et al., 2006). Por otra parte, la reducción de la natalidad sumada a la frágil situación socio-económica de las familias, reducen la capacidad de las mismas (las familias) para seguir prestando los cuidados necesarios a las personas mayores dependientes al menos de forma exclusiva. Por tanto, la demanda global de cuidados estaría aumentando a la vez que la oferta informal de dichos servicios estaría disminuyendo, lo que se traduciría en una mayor demanda de servicios formales tanto públicos como privados. En este contexto, resulta fundamental conocer los costos de los servicios de cuidados de larga duración en estos países, así como el monto de recursos monetarios y no monetarios necesarios para brindar distintas alternativas de ayudas a las personas mayores dependientes.

Los cuidados de larga duración son los servicios prestados a las personas mayores dependientes para realizar las actividades básicas de la vida diaria. Estos servicios incluyen los cuidados que se prestan en residencias, centros de día y en los propios domicilios, como son las ayudas a las personas mayores para comer, vestirse, bañarse, desplazarse, etc. La principal característica de los mismos es que se prestan durante períodos de tiempo prolongados y suelen requerir de una importante cantidad de recursos en términos de servicios formales o informales.

Por tanto, el objetivo de este estudio es estimar los costos de los principales servicios de cuidados de larga duración en tres países de la región: Argentina (Buenos Aires solamente), México y Puerto Rico. La selección de los países obedeció a la disponibilidad de la información necesaria para estimar prevalencia de dependencia y costos unitarios de los servicios.

Los resultados del estudio se dividen en tres apartados. En el primer apartado se muestra la estimación del número de personas y la prevalencia de discapacidades en cada uno de los países. Posteriormente se busca producir estimadores de esperanzas de vida en salud y dependencia en los países objeto de estudio. El tercer apartado consiste en utilizar información sobre costos unitarios de los servicios de cuidados de larga duración y combinarlos con los estimadores de esperanza de vida en salud con el objetivo de producir costos de la dependencia desde un punto de vista microeconómico: costo individual esperado a lo largo de la vida de las personas. Finalmente, se discuten los principales resultados y las principales limitaciones del estudio.

Materiales y métodos

Fuentes de información del número de personas discapacitadas

Las principales fuentes de información de este trabajo son: a) la Encuesta SABE (2000) para Buenos Aires (Ciudad de Buenos Aires y Gran Buenos Aires); b) el estudio MHAS (2001) para México y c) el estudio PREHCO (2002) para Puerto Rico. La principal ventaja de usar estos tres estudios para hacer comparaciones entre los países es que sus protocolos son muy similares y en algunos casos idénticos⁵ y en este sentido los problemas de comparabilidad son mínimos (en cuanto a formulación de las preguntas, categorías de respuesta, etc.).

La principal diferencia entre los tres estudios es que tanto el estudio MHAS como PREHCO son estudios de panel con muestras nacionales en dos puntos en el tiempo (2001-2003 MHAS y 2002-2006 PREHCO) mientras que el estudio SABE es un estudio de corte transversal que recoge información representativa de grandes ciudades de América Latina (incluida Buenos Aires). A pesar de la no posibilidad de hacer comparaciones a nivel nacional entre los tres países, se decidió incluir el caso de Buenos Aires, la región más poblada y envejecida de Argentina, aunque sin duda no representativa del total del país ni desde el punto de vista demográfico y ni de los costos.

Para los fines de este estudio consideramos las primeras ondas del estudio MHAS y PREHCO por ser las más cercanas en el tiempo al estudio SABE.

Además de variables demográficas, socio-económicas, de estructura del hogar, auto reporte de padecimiento de enfermedades, medidas antropométricas y uso a servicios médicos, los tres estudios tienen una batería exhaustiva de preguntas que recogen información sobre Actividades de la Vida Diaria (AVD), Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD), problemas cognitivos severos y ayudas en la realización de AVD y de AIVD. Las AVD contempladas en los tres estudios son las mismas: a) Darse un baño o ducharse, b) comer, c) acostarse-levantarse o ir a la cama, d) usar el inodoro, e) vestirse-desvestirse y f) caminar de un lado a otro de un cuarto. Las AIVD contempladas también son muy similares en los tres estudios: a) preparar-calentar comida, b) hacer las compras, c) administrarse sus propios medicamentos, d) manejar su propio dinero. Los estudios PREHCO y SABE además incluyen: e) usar el teléfono, f) usar medio de transporte y g) realizar las tareas del hogar. Estas últimas actividades no fueron consideradas en este análisis para hacer las estimaciones para Puerto Rico y Argentina comparables con las de México. Los problemas cognitivos severos se miden a partir de los resultados de un test Minimal implementado y adaptado a cada país.

Tanto el estudio SABE como los estudios MHAS y PREHCO están basados en muestras realizadas exclusivamente en los hogares y por tanto no tienen en cuenta a las personas que residen en instituciones colectivas (como son las residencias para ancianos). Por tanto, y aunque la tasa de institucionalización en estos países en general es baja, se corrigieron las prevalencias y el número de personas dependientes, incorporando a las personas institucionalizadas según estimaciones disponibles para cada país: Dirección Provincial de Estadística de la Provincia de Buenos Aires, Junta de Planificación de Puerto Rico para el año 2000 (Ley de Establecimientos para Personas de Edad Avanzada) e informe de la OECD del año 2005 para el México.

Definición de niveles de dependencia

La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud –CIF- (OMS, 2001) considera un amplio rango de actividades para identificar la presencia de discapacidades. Sin embargo, los estudios de discapacidad y dependencia orientados específicamente al grupo de personas mayores se concentran en un subconjunto de actividades que son consideradas claves para preservar un estilo de vida autónomo desde el punto de vista funcional dentro de dicho grupo de población. Tales estudios se concentran en dificultades en AVD (Chiu et al., 2000), problemas cognitivos (Chiu et al., 1999), dificultades en AVD o AIVD (Freedman et al., 2005; Schoeni et al., 2005; Comas-Herrera et al., 2006; Williams et al., 1997; Spillman & Black, 2005; Singer & Manton, 1998) o difi-

cultades en cualquiera de estas actividades/capacidades: AVD, AIVD o problemas cognitivos (Weissert & Cready, 1989; Greene et al., 1998).

Las dificultades en AVD se relacionan con niveles de discapacidad más severos, mientras que las limitaciones con AIVD fueron introducidas posteriormente para mejorar la sensibilidad de las escalas basadas exclusivamente en AVD, permitiendo captar un mayor rango de severidad de las discapacidades (McDowell, 2006).

Para la estimación de costos de los cuidados de larga duración, seleccionamos un concepto amplio de discapacidad que permitiera captar en general la necesidad de ayuda para llevar a cabo actividades fundamentales para la vida diaria. Por su parte, la inclusión de una medida de capacidad cognitiva resulta de gran utilidad para “refinar” nuestra medida de severidad dentro de los casos con discapacidades en AVD y poder identificar la necesidad de servicios más especializados como son las residencias psiquiátricas.

Dado el objetivo específico de este estudio, buscamos establecer una medida de la severidad de las discapacidades lo más directamente asociada a la “intensidad de ayuda necesaria” para realizar la actividad. Para ello definimos 4 grupos: Grupo I: compuesto por personas sin problemas cognitivos severos, ni AVD ni AIVD. Grupo II: compuesto por personas con problemas en AIVD, pero sin problemas cognitivos severos ni problemas en AVD. Grupo III: compuesto por personas con dificultad en AVD (con o sin AIVD) y sin problemas cognitivos severos. Grupos IV: compuesto por personas con problemas cognitivos severos, es decir, personas que no pasan el test de cognición Minimental (que en todos los casos también presentan problemas con AIVD y ADV).

Una vez clasificadas a las personas según los cuatro grupos anteriores, se estimaron las intensidades de cuidados de larga duración asociadas con cada grupo. Ello fue posible dado que en las secciones de funcionalidad de los estudios correspondientes, hay una serie de preguntas orientadas a identificar a las personas que brindan ayudas con las AVD e AIVD y a la frecuencia de las ayudas que prestan. La encuesta MHAS es la que brinda información más detallada sobre la intensidad de los cuidados de larga duración brindados en el domicilio, ya que permite estimar las horas al mes de los cuidados y no solo la frecuencia por semana (como el estudio PREHCO o el SABE). Por tanto, se utilizó la información del estudio MHAS como base para calcular la intensidad de cuidados asociado con cada grupo (y por tanto la severidad de la dependencia según dicha intensidad) y se extrapolaron los resultados a Argentina y Puerto Rico. Sin embargo, la información del estudio MHAS se refiere a la intensidad de cuidados recibidos, que puede ser menor a la intensidad de cuidados necesarios. Para una mejor aproximación de la intensidad de cuidados necesarios se estimó el promedio de ayuda recibida por las personas que no viven solas, que en promedio observamos reciben más ayuda.

El Cuadro 1 muestra las horas, en promedio, al mes de cuidados de larga duración en el domicilio necesarios según el nivel de severidad. Entre el grupo de personas con dependencia moderada, conformado por personas que presentan algún grado de dificultad para realizar AIVD, pero que son autónomas para realizar actividades más básicas (AVD), la necesidad de cuidados se estima en 4 horas al día de ayuda en el domicilio, ya sea formal o informal. Por su parte, entre las personas que presentan dificultades para realizar AVD la intensidad de cuidados diarios en el domicilio aumenta a 14 horas al día. Por último para las personas de mayor grado de dependencia, que son personas con dificultad para realizar AIVD y AVD, pero que además presentan un deterioro cognitivo severo, la intensidad de cuidados diarios alcanzaría las 16 horas. Entre estas personas, se entiende que además de los cuidados diurnos también necesitan ayuda/supervisión durante la noche.

Cuadro 1
Intensidad de cuidados y severidad de las personas dependientes *

Grupo de Discapacidad	Características Funcionales y Cognitivas	Horas de Cuidados al Mes Recibidas (en promedio)	Grupo de Severidad
Grupo I	No AIVD, No AVD, No P. cognitivo	0	Activos (= no dependientes)
Grupo II	Si AIVD, No AVD, No P. cognitivo	122 (\approx 4 horas al día)	Dependiente Moderado
Grupo III	Si AVD, No P. cognitivo	422 (\approx 14 horas al día)	Dependiente Grave
Grupo IV	Si P. Cognitivo	434	Dependiente Severo

Método de estimación de las duraciones

Para la estimación de la demanda de servicios de Cuidados de Larga Duración (CLD), así como para la estimación de sus costos, resulta fundamental estimar las duraciones de la dependencia ya que es un indicador del tiempo medio que las personas necesitarán de este tipo de cuidados. Dependiendo del tipo de información disponible, se pueden estimar las esperanzas o duraciones asociadas a cada estado bajo diferentes métodos. Dado que para los países objeto de análisis en el presente trabajo o bien no existe información sobre los cambios de estado⁶, o la información existente no es lo suficientemente amplia⁷, se seleccionó un método indirecto que permite aproximar de forma razonable las duraciones cuando las tasas de transición no cambian rápidamente en el tiempo. Dicha alternativa es el Método de Sullivan, que consiste fundamentalmente en la corrección de la cantidad de existencia entre x y $x+1$ (número estimado de personas-años vividos entre las edades x y $x+1$ de una tabla de vida convencional), por la tasa de prevalencia⁸ correspondiente al estado cuya esperanza de vida se

desea estimar. Así, por ejemplo, si L_x representa el número de personas-años vividos entre x y $x+1$ y t_x es la prevalencia de la condición de interés, la cantidad $S_x = (1 - t_x) * L_x$, es un estimador del número de personas-años vividos entre x y $x+1$ sin la condición.

Las principales ventajas del método de Sullivan son, por un lado, la simplicidad de los cálculos y, por otro, la amplia disponibilidad de la información requerida por el mismo (tan solo la probabilidad de muerte para cada edad x , q_x , y las tasas de prevalencia, t_x , correspondiente a cada estado de salud-discapacidad). Sin embargo, las estimaciones a través de este método son una aproximación exacta de las verdades duraciones bajo dos condiciones: cuando se usan datos transversales y las probabilidades de transición entre los estados son constantes en el tiempo, o cuando se utilizan datos transversales consecutivos en el tiempo, independientemente de que las probabilidades de transición sean constantes o no (Imai and Soneji, 2006). Por tanto nuestras estimaciones estarán sujetas a algún grado de sesgo en la medida que las probabilidades de transición del estado activo al estado de discapacidad estén creciendo en el tiempo (nuestras estimaciones subestimarían el verdadero valor de la duración de la dependencia) o decreciendo en el tiempo (en ese caso estaríamos sobreestimando dicha medida). Sin embargo, dado que los cambios de este tipo de probabilidades de transición suelen ser lentos en el tiempo, el sesgo en el que estaríamos incurriendo no sería muy elevado.

Estimación de los costos formales e informales

El costo de los **cuidados informales** se aproximó a partir del salario que dejan de percibir los cuidadores en el mercado de trabajo por estar dedicados al cuidado de la persona mayor dependiente o del salario de un trabajo considerado “equivalente” en el caso de las personas en edad de retiro. Para determinar dicho costo de oportunidad en México, se combinó información del estudio MHAS con datos oficiales para ese país (Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares, INEGI, 2005). Dada la falta de información detallada sobre cuidadores en Puerto Rico y Buenos Aires, asumimos misma estructura de edad y sexo de los cuidadores de México, pero con la distribución de nivel de escolaridad (por sexo y edad) de toda la población de Buenos Aires y Puerto Rico, respectivamente y se estimaron los salarios promedio para cada perfil en base a datos oficiales de Argentina (Encuesta Permanente de Hogares, INDEC, 2006) y Puerto Rico (Census Bureau, 2005). Para los cuidadores en edad de retiro, se asignó el salario medio de un trabajador doméstico en los tres países, asumiendo que se trata de cuidadores sin entrenamiento especializado y que el tipo de trabajo equivalente es el correspondiente a dicha categoría.

El costo de los **cuidados formales** se obtuvo de maneras diferentes según el país:

- 1) Para el caso de Argentina se realizó un estudio diseñado exclusivamente para el presente trabajo. Por un lado, se recogió información sobre los principales servicios formales de cuidados de larga duración (incluyendo sus costos), con énfasis en la Capital Federal y en la Provincia de Buenos Aires. Además, se realizó una encuesta a 51 instituciones públicas y privadas (con un total 2000 camas) de la Capital Federal y de la Provincia de Buenos Aires dedicadas al cuidado de personas mayores (aproximadamente un 10% de las instituciones del marco muestral).
- 2) Para Puerto Rico a la fecha no se cuenta con información representativa de los costos de los **cuidados formales a domicilio**, por lo que se asume que dichos costos siguen la misma relación de precios entre los cuidados formales e informales encontrada para Argentina. Por su parte, el **costo de las residencias** en ese país oscila entre los 12.000 y los 18.000 dólares al año. Dicha cifra surge de información que brindaron las personas encargadas del trabajo de campo de PREHCO, que están ampliamente familiarizados con los servicios en dicho país y que coincide con el valor estimado en un reporte reciente para ese país (AARP, 2006). Como no se cuenta con información desagregada por tipo de institución (psiquiátrica, no psiquiátrica) se asume que la diferencia es similar a la observada en Argentina (alrededor de un 20% más para las instituciones psiquiátricas).
- 3) Para México también se asumió que el costo de los cuidados formales a domicilio seguía la relación entre costos de cuidados formales e informales observada en Argentina. Dado que para dicho país no contamos con información sobre costos de plazas en residencias, aproximamos dicho costo a partir de la relación de costos entre cuidados en el domicilio y plazas en residencias que observamos para Puerto Rico y Argentina.

Criterio de asignación de servicios por severidad

Entre los “modelos” de cuidados seleccionados más adelante para el cálculo de los costos se contemplan las alternativas de cuidados enteramente informales en el domicilio, que es el “modelo” dominante en los países de Latinoamérica. Sin embargo, también se introduce la alternativa de la institucionalización (combinada con la atención en el domicilio), dado que para ciertos casos puede ser la única o inclusive la mejor solución. La incorporación de los cuidados en residencias dentro de los modelos planteados aquí, ha sido exclusivamente entre los casos de dependencia más severos, siguiendo los resultados de un conjunto de estudios en los que se evalúa el coste-efectividad de distintas alternativas de cuidados, y los determinantes de la institucionalización (Weissert and Cready,

1989; Jacobzone, 1999; Jacob & MacDermott, 1989; Stommel, Given & Given, 1993; Chiu et al., 1997).

Los trabajos que miden el costo-efectividad de las alternativas, en general no miden todas las dimensiones del problema, como son los efectos sobre la salud de la persona dependiente que podrían favorecer los cuidados en el hogar. Sin embargo, el balance en términos de salud de las distintas alternativas no es para nada claro, ya que también ha sido demostrado que la salud de propio cuidador puede verse afectada por exposiciones continuadas en el tiempo de niveles de stress elevados asociado con las tareas de cuidador (Davis et al., 2004; Epel et al., 2004; Feinglass et al., 2005).

Cabe aclarar, que este trabajo no intenta definir “el modelo” de cuidados de larga duración ni siquiera evaluar todas las alternativas posibles sino plantear algunas alternativas que pueden ser relevantes a nivel individual, de las familias y de los responsables del diseño de las políticas públicas. La decisión de institucionalización o del cuidado en el hogar, es una decisión compleja que depende en la práctica de factores tales como: valores de cada sociedad, preferencias de las personas dependientes y de sus familias, disponibilidad y calidad de los servicios, estructura de las familias, estado marital de la persona dependiente, costos de los servicios, salario y nivel de educación de los miembros de las familias, existencia de programas públicos o subsidios en servicios de cuidados de larga duración, etc. además del nivel de severidad de la dependencia.

En base a lo anterior se definieron 4 modelos alternativos de cuidados:

- La **Alternativa 1**, que supone que todos los cuidados son prestados en el domicilio por cuidadores formales,
- La **Alternativa 2** que asume que todos los cuidados son en el domicilio y son prestados por la propia familia, amigos, vecinos etc., informalmente, es decir, no hay un pago formal del servicio y los cuidadores no están entrenados específicamente para las tareas.
- La **Alternativa 3**, para las personas con dependencia moderada los cuidados son formales en el domicilio, mientras que las personas con dependencia grave o severa reciben cuidados en residencias no psiquiátricas y psiquiátricas, respectivamente.
- La **Alternativa 4**, para las personas con dependencia moderada los cuidados son informales en el domicilio, mientras que las personas con dependencia grave o severa reciben cuidados en residencias no psiquiátricas y psiquiátricas, respectivamente.

Resultados

Número de personas dependientes y prevalencia

En base a la clasificación de personas dependientes por grado de severidad descrita previamente, se calculó el número de personas de 60 años y más no dependientes (grupo I), con dependencia moderada (grupo II), dependencia grave (grupo III) y dependencia severa (grupo IV) para Buenos Aires, México y Puerto Rico, para hombres y mujeres por separado.

Buenos Aires (Capital Federal y Gran Buenos Aires)

Los resultados indican que 357.499 personas de 60 años y más padecerían algún grado de dependencia en Buenos Aires entre una población de 60 y más de 1.706.909, lo que equivale a una prevalencia del 20% (sin considerar los casos perdidos que son el 4% de la muestra).

Por otra parte, el porcentaje de personas institucionalizadas en dicha región del país es del 2,2% (Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001). Por tanto, sumando el número de personas institucionalizadas (40.005 individuos) a las estimaciones del estudio SABE, obtenemos **un total de 397.505 personas con algún grado de dependencia en dicha región**, lo que equivaldría a un 22.2% de la población de esa edad.

En cuanto a la distribución por género, se observa que el número de mujeres dependientes es tres veces superior al número de hombres a la vez que observamos una prevalencia de dicha condición significativamente mayor para ellas que para los hombres (prevalencia de 25% para las mujeres y del 14% para los hombres).

La composición por severidad indica que un 3% de hombres y mujeres de 60 años y más presentarían discapacidad moderada, un 16% discapacidad grave y 4% discapacidad severa.

México

Según estimaciones basadas en el estudio MHAS (2001) el número de personas mayores de 60 años dependientes en México sería de 2.704.740 personas sobre un total de 7.962.219, lo que equivale a una prevalencia del 34% (sin considerar los casos perdidos que son menos del 2% de la muestra). La prevalencia por sexo es de 31% para hombres y 38% para mujeres.

Adicionalmente, se estima que el porcentaje de personas mayores institucionalizadas en residencias para mayores en México es del orden del 0,3% (OECD 2005), lo que equivale aproximadamente a 23.959 personas.

Por tanto, las estimaciones corregidas por institucionalización indican que el número de personas mayores dependientes en México en el

2001 sería de 2.728.699. Ello equivale a un 34 % de la población de ese grupo de edad con algún grado de dependencia.

La composición por severidad indica que un 5% de hombres y mujeres de 60 años y más presentarían discapacidad moderada, un 12% discapacidad grave y 16% discapacidad severa.

Puerto Rico

Las estimaciones basadas en el estudio PREHCO indican que en el año 2000 la población de 60 años y más con algún grado de dependencia en Puerto Rico llegaba a las 182.819 personas sobre un total de 589.446, es decir, un 31% de personas mayores dependientes (si considerar los casos perdidos que son el 0.3% de los casos).

El porcentaje de personas de 60 años o más institucionalizadas se estima en 1.6%, que representaría alrededor de 9.582 personas.

Por tanto **el total de personas dependientes en Puerto Rico corregido por institucionalización ascendería a 192.401 personas.** La prevalencia para mujeres y hombres de Puerto Rico es de 35% y 26%, respectivamente.

La composición por severidad indica que un 7% de hombres y mujeres de 60 años y más presentarían discapacidad moderada, un 11% discapacidad grave y 13% discapacidad severa.

Duraciones de dependencia

Según estimaciones de las duraciones de la dependencia para hombres y mujeres, en base tablas de mortalidad de la CEPAL (2004) y a nuestras estimaciones de prevalencia de dependencia, una mujer de 60 años en Buenos Aires pasará algo más de 5.52 años del resto de su vida en promedio con algún grado de dependencia (25% de la esperanza de vida residual), mientras que un hombre de esa misma edad 2.48 años (14% de la esperanza de vida residual)⁹. Por su parte, para un hombre de esa edad en México la duración de la dependencia sería de 6.77 años (34% de la esperanza de vida residual), y de 10.11 años para una mujer (45% de la esperanza de vida residual). En Puerto Rico dichas duraciones alcanzarían los 6.28 para hombres (30% de la esperanza de vida residual) y 9.71 años para mujeres (39% de la esperanza de vida residual).

Tales diferencias en las duraciones de la dependencia entre Buenos Aires, México y Puerto Rico obedecerían a diferencias en las probabilidades de mortalidad y en los niveles de dependencia entre dichos países. La mayor duración de la dependencia en México es producto de la mayor prevalencia de discapacidades (respecto a Puerto Rico y Argentina) que más que compensa la mayor mortalidad de ese país (comparado

con Puerto Rico, el país con mayor esperanza de vida a la edad 60 de los tres países).

Costos individuales esperados de los cuidados de larga duración

En el Cuadro 2 se resume la información sobre costos unitarios de servicios de cuidados de larga duración (CLD) para cada uno de los países. Todos los costos se presentan en valores corrientes de la moneda local, en dólares y en paridad de poder adquisitivo –PPA–¹⁰ (Heston et al., 2006). El último valor de paridad de poder adquisitivo publicado para Argentina y México es para el año 2004 y para el año 2003 para Puerto Rico, mientras que los precios son para el año 2005 (México) y el año 2006 (Puerto Rico y Argentina). Por tanto antes de la aplicación del PPA se deflactaron los precios de cada uno de los países al año correspondiente al del PPA disponible. Para la construcción del deflactor se utilizó la variación (anual) del nivel general de precios de cada país para los períodos respectivos.

Los Cuadros 3a y 3b muestran las estimaciones de los costos individuales esperados bajo las cuatro alternativas definidas anteriormente. Dichos costos son en dólares del año 2005 para México y del 2006 para Argentina y Puerto Rico. Por su parte, en los Cuadros 4a y 4b se muestran los valores ajustados por paridad de poder adquisitivo de cada uno de los países, para el año 2004 para Argentina y México y 2003 para Puerto Rico.

El análisis revela el elevado coste de las alternativas basadas exclusivamente en la ayuda en el domicilio (alternativas 1 y 2). Dichos costos más que duplican los costos de las alternativas que combinan los cuidados en el domicilio con la institucionalización durante las fases más severas de la dependencia (alternativas 3 y 4). Si bien la alternativa de cuidado formal en el domicilio (alternativa 1) resulta más costosa que la informal (alternativa 2), los costos de la alternativa informal (alternativa 2) siguen siendo significativamente superiores a las alternativas 3 y 4, reflejando un elevado costo económico en términos de coste de oportunidad de las personas que atienden a las personas dependientes en un sistema de cuidados de larga duración basado exclusivamente en la atención informal. Además se observa un mayor costo esperado para las mujeres que para los hombres (que oscila entre el 40% y el 120% mayor), lo que se debe a una mayor esperanza de vida en situación de dependencia entre las mujeres.

Cuadro 2

Servicio de Cuidado de Larga Duración	Buenos Aires	México	Puerto Rico
	PPA 2004	PPA 2004	PPA 2003
	Dólares 2006	Dólares 2005	Dólares 2005
	Pesos 2006	Pesos 2005	
	7	2.4	7.9
Cuidados Informales Domicilio*	(2,6 dólares)	(1,8 dólares)	(7,9 dólares)
Por hora	(7,9 pesos)	(20,11 pesos)	
	9.7	3.4	11.2
Cuidados Formales Domicilio**	(3,7 dólares)	(2,6 dólares)	(11,2 dólares)
Por hora	(11 pesos)	(28,5 pesos)	
	11,677	4,305	14,961
Cuidados en Residencias***	(4.400 dólares)	(3.288 dólares)	(15.000 dólares)
No Psiquiátricas. Por año	(13.200 pesos)	(36.163 pesos)	
	13,801	5,129	17,953
Cuidados en Residencias***	(5.200 dólares)	(3.917 dólares)	(18.000 dólares)
Psiquiátricas. Por año	(15.600 pesos)	(43.087 pesos)	

Fuente: Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (INEGI, 2005); la Encuesta Permanente de Hogares (INDEC, 2006); el Census Bureau (2005); el Estudio MHAS (2001); el estudio específico sobre costos de servicios formales en Argentina; AARP (2006); y Heston et al. (2006).

Notas: * Costo de oportunidad de los cuidadores informales = promedio del salario en el mercado de trabajo de los cuidadores según sexo, edad y nivel de educación. Para los cuidadores en edad de retiro, se asignó el salario medio de un trabajador doméstico. ** Salario por hora que reciben los cuidadores formales. Para Argentina se utilizó el salario de los cuidadores capacitados. Para México y Puerto Rico se aproximó dicho valor asumiendo la misma relación entre el costo formal e informal observado en Argentina. *** México: Los costos de las residencias se aproximaron a partir de la relación entre costos de cuidados a domicilio anuales y costos de residencias de Argentina y Puerto Rico.

El cálculo del costo individual esperado también permite aproximar el valor actual de los ahorros que los individuos deberían realizar en caso de tener que financiar los cuidados de larga duración de forma privada. Aun considerando la alternativa menos costosa, vemos como el monto de recursos necesarios sería elevado. Para Puerto Rico dicho valor actual sería de casi 100.000 dólares para los hombres y de casi 150.000 dólares para las mujeres. Para México el valor actual sería de alrededor de 23.700 dólares y 35.000 dólares para hombres y mujeres, respectivamente. Mientras que para Buenos Aires los valores serían los más bajos de los

tres países con algo más de 11.000 dólares para los hombres y de 24.400 dólares para las mujeres (aunque en términos de poder de compra de dicho país dichos valores casi se triplican siendo bastante cercanos a los valores para México. Ver cuadro 4b).

Cuadro 3 a

Costo individual esperado a la edad 60 de cuidados de larga duración, Buenos Aires, México y Puerto Rico, Dólares 2005-2006.

País	Alternativa 1		Alternativa 2	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Buenos Aires (U\$S. 2006)	36.723	75.746	31.695	65.541
México (U\$S 2005)	79.271	116.094	60.272	87.587
Puerto Rico (U\$S 2006)	308.161	441.023	235.317	344.124

Fuente: Cuadro 1, Cuadro 2 y tablas de mortalidad de la CEPAL (2004).

Cuadro 3 b

Costo individual esperado a la edad 60 de cuidados de larga duración, Buenos Aires, México y Puerto Rico, Dólares 2005-2006.

País	Alternativa 3		Alternativa 4	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Buenos Aires (U\$S 2006)	11.624	26.101	11.224	24.464
México (U\$S 2005)	24.918	37.357	23.772	35.23
Puerto Rico (U\$S 2006)	105.431	160.806	99.332	149.015

Fuente: Cuadro 1, Cuadro 2 y tablas de mortalidad de la CEPAL (2004).

Cuadro 4 a

Costo individual esperado a la edad 60 de cuidados de larga duración, Buenos Aires, México y Puerto Rico, Paridad poder adquisitivo 2003-2004.

País	Alternativa 1		Alternativa 2	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Bs As (PPA 2004 = 0.93)	97.463	201.026	84.119	173.944
México (PPA 2004 = 8.13)	103.798	152.014	78.921	114.688
PR (PAA 2003 = 0.83)	307.363	439.881	244.707	343.232

Fuente: Cuadro 1, Cuadro 2 y tablas de mortalidad de la CEPAL (2004).

Cuadro 4 b

Costo individual esperado a la edad 60 de cuidados de larga duración, Buenos Aires, México y Puerto Rico, Paridad poder adquisitivo 2003-2004.

País	Alternativa 3		Alternativa 4	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
BA (PAA 2004 = 0.93)	30.849	69.272	29.788	64.928
México (PAA 2004 = 8.13)	32.628	48.916	31.127	46.131
PR (PAA 2003 = 0.83)	105.158	160.389	99.074	148.629

Fuente: Cuadro 1, Cuadro 2 y tablas de mortalidad de la CEPAL (2004).

Discusión de los resultados y limitaciones del estudio

Con este trabajo es la primera vez que se evalúan los costos formales e informales de la dependencia en países de América Latina. Según estimaciones para el año 2000 en Buenos Aires había casi 400 mil personas mayores (60 o más) con algún grado de dependencia, lo que representa una prevalencia de la dependencia del 22.2%. Por su parte, las cifras para México (2001) indican que la prevalencia de la dependencia en dicho país es la más alta de los tres países con un 34%, que en términos de número de personas equivale a 2.7 millones de personas mayores con algún grado de dependencia. La prevalencia de la dependencia en Puerto Rico para el año 2002 sería del 31%. El total de personas mayores dependientes en dicho país sería de 192 mil personas.

En los tres países existiría algún tipo de cobertura formal de cuidados de larga duración, aunque según las cifras disponibles el alcance de dichos servicios sería muy bajo excepto para Puerto Rico que sería algo mayor. Aunque en Buenos Aires, es donde se observa una mayor institucionalización de los tres países (del 2,2% de las personas mayores) el grado de cobertura formal de las personas dependientes es bajo. Las personas mayores institucionalizadas serían algo más de 40,000. Si bien para dicha región, existen también programas públicos para la atención en el domicilio orientado a las personas de más bajos ingresos, el alcance de dichos programas es muy limitado.

La institucionalización en México es la más baja de los tres países analizados (de un 0,3%) y la información con la que se cuenta no indica la existencia de programas de cuidados formales en el domicilio. Los programas públicos a la población mayor dependiente están exclusivamente orientados a las personas que están dentro del sistema de seguridad social y el monto de los recursos públicos destinados se estiman en un 0.1% del PBI de ese país.

La cobertura formal en Puerto Rico sería algo mayor, ya que alcanzaría a casi 50,000 mil personas mayores incluyendo a casi 10,000 personas institucionalizadas, de las cuales al menos 40 mil serían de bajos ingresos (las personas beneficiarias del Supplemental Security Disability Insurance). Sin embargo, dado el diseño de este programa que vincula los beneficios a los salarios percibidos durante toda la vida, no está claro que los beneficios cubran los gastos mínimos necesarios para la supervivencia de los individuos dependientes en Puerto Rico. Por ejemplo, una persona de 60 años pobre (con un salario de 500 dólares mensuales) recibirá en concepto de jubilación más el suplemento por discapacidad 333 dólares mensuales¹¹.

Combinando el análisis de las duraciones con los requerimientos de servicios de cuidados de larga duración y los costos unitarios asociados para cada uno de los países, hemos estimado los costos individuales esperados durante todo el tiempo que se estima dure la dependencia. Este cálculo permite aproximar el valor actual de los ahorros que los individuos deberían realizar en caso de tener que financiar los cuidados de larga duración de forma privada asumiendo que la relación de precios se mantiene constante. Por otra parte, si los servicios fueren totalmente informales, el costo individual esperado permite evaluar el costo de oportunidad total de los cuidados informales.

Los valores obtenidos indican que los costos en dólares a precios corrientes son más altos para Puerto Rico y menores para Buenos Aires. Sin embargo, considerando los valores en términos de poder de compra de los países, los costos para las mujeres en Argentina serían mayores que en México (aunque no respecto de las mujeres en Puerto Rico).

Además, el análisis muestra el elevado costo de los modelos basados exclusivamente en la atención en el domicilio (alternativas 1 y 2), y si bien la alternativa formal de cuidados es más costosa que la informal, ambas son significativamente más caras que las alternativas que contemplan la atención en residencias para las personas con mayor severidad de la dependencia (alternativas 3 y 4). Por tanto, este análisis deja en evidencia también los altos costos económicos de la atención informal en el domicilio, en términos de coste de oportunidad de las personas que atienden a los ancianos en un sistema de cuidados de larga duración basado exclusivamente en la atención informal (alternativa 2). Los costos individuales esperados de la atención informal en el domicilio representan un costo de oportunidad de más del doble (descontado el costo mínimo aproximado con la alternativa 4 para todos los países). Por su parte, bajo la alternativa menos costosa (la alternativa 4), los valores tampoco son nada despreciables. Por ejemplo, entre las mujeres el costo esperado es de 149.015 dólares en Puerto Rico, 35.230 dólares para México y 24.464 dólares en Buenos Aires (dichos montos expresados en valor de paridad de po-

der de compra serían de: 148.629; 46.131 y 64.928, respectivamente para cada uno de los países).

Para evaluar cuánto de los ingresos de las personas representan dichos costos, estimamos el valor esperado de los ingresos por jubilación y el valor esperado de los ingresos familiares per cápita (ingresos promedio por jubilación o per cápita familiar a partir de los 60 años¹² multiplicado por la esperanza de vida residual a esas edades). Comparando los costos esperados con dichos ingresos esperados observamos que bajo la alternativa 4 (la menos costosa), los costos esperados representan el 48% de los ingresos esperados por jubilación y el 31% de los ingresos esperados per cápita familiar entre las mujeres de Buenos Aires, el 73% y 59% (respectivamente) de los ingresos para las mujeres en Puerto Rico y el 48% y 22% de los ingresos en México. Para los hombres dichas cifras son sustancialmente menores: de 20% y 16% para Buenos Aires, 40% y 43% para Puerto Rico y el 30% y 16% para México. Distinguiendo qué porcentaje de la renta esperada representan dichos costos entre el 20% más pobre y el 20% más rico, se observan las enormes dificultades entre las personas de más bajos recursos para hacer frente al problema de la dependencia con recursos propios. Bajo la alternativa formal menos costosa (la alternativa 3) los costos para las mujeres de bajos ingresos superarían su ingreso esperado en todos los casos (especialmente acentuado es en Puerto Rico donde la relación costo/ingreso es de casi 4 veces).

El promedio de los costos anuales de los tres niveles de severidad para la alternativa menos costosa (la alternativa 4), dividido por la renta per cápita individual anual de cada uno de los países, nos permite observar qué proporción de la renta de un año sería necesaria para financiar los cuidados de larga duración. En Argentina observamos que los costos en promedio de un año excederían en un 24% los ingresos de los mujeres y en un 9% el de los hombres. En Puerto Rico dichos costos excederían a la renta en un 36% para los hombres y en un 46% para las mujeres. Solo en México los ingresos anuales excederían los costos, aunque para los hombres implicaría consumir un 44% de la renta y para las mujeres un 46%.

Estos resultado alertan sobre la importancia de planificación de este tipo de gastos durante el ciclo de vida de los individuos, especialmente durante la fase activa que es cuando los ingresos corrientes son mayores, ya que el elevado peso de los costos hace que los ingresos sean insuficientes o una carga muy elevada para el presupuesto de las familias.

Entre las limitaciones de este trabajo cabe mencionar que las medidas de discapacidad utilizadas se basan en auto-reportes para realizar AIVD y AVD. Es bastante reconocido que los autoreportes de discapacidades, especialmente los relacionados con AIVD son sensibles a factores culturales o contextuales, lo que dificulta su uso para realizar comparaciones entre distintos grupos de población. Dada la naturaleza de nuestros datos no podemos escapar totalmente a este tipo de problema, aunque

hemos tomado algunos recaudos para minimizar sus consecuencias. Primero dejamos fuera actividades que puedan ser especialmente sensibles a roles sociales o factores contextuales como usar el teléfono o realizar las tareas del hogar. Cabe notar también, que dada a forma como se realizan las preguntas sobre AVD e AIVD (“debido a un problema de salud tiene dificultades para realizar “tal” actividad?”) y que una de las categorías de respuestas entre las AIVDs es “no aplica”, es posible eliminar los casos más claros (entre el grupo de “discapacitados”) en los que la persona siente que tiene dificultades para realizar la actividad por motivos diferentes a problemas de salud.

En cuanto a la estimación de las personas con problemas cognitivos severos se utilizó un test de Minimental adaptado para cada estudio y que por tanto no son idénticos. Si bien el hecho que los tests estén adaptados a cada contexto implicaría tener una medida más apropiada para identificar casos de problemas cognitivos severos en cada población, no está claro que la adaptación garantice la estricta comparabilidad entre poblaciones. Está previsto, para una futura versión de este trabajo, profundizar en el estudio de escalas que puedan ser mas comparables entre países dada la información existente trabajando por ejemplo, con casos extremos, es decir personas que no pudieron realizar ninguno de los módulos, o con módulos específicos del Minimental y no con los resultados globales.

Por otra parte, si bien la estimación de los costos realizada en el presente trabajo es una aproximación bastante exhaustiva, donde se contemplan las particularidades de cada país en términos de costos de los servicios, prevalencias de la dependencia, duraciones y perfil de la población de dependiente, reconocemos que nuestras estimaciones presentan algunas limitaciones. Por un lado, se han tenido que realizar algunos supuestos para la aproximación de costos de algunos servicios (de residencias para México y de cuidados formales en el domicilio para México y Puerto Rico).

La estimación del costo de oportunidad de las familias se ha realizado contemplando las características individuales más relevantes de los cuidadores desde el punto de vista del salario que estarían dejando de percibir: la edad, el sexo, el nivel de educación si esta retirado o no y el salario de tareas equivalentes. Sin embargo, debemos reconocer que este no es el único costo asociado con los cuidados informales. Existe cada vez mas evidencia que muestra la existencia de efectos negativos sobre la salud y el bienestar de los cuidadores informales, particularmente entre los que desempeñan el rol durante períodos prologados de tiempo. Estudios recientes para USA muestran el mayor riesgo de padecimiento de enfermedades crónicas (incluidas depresión y estrés) entre los cuidadores informales, además de un aceleramiento en el proceso de envejecimiento

y una mortalidad prematura de estas personas (Davis et al., 2004; Epel et al., 2004; Feinglass et al., 2005).

Por todo lo anterior, estimaciones más precisas de los costos de la dependencia serán posibles en la medida que se realicen estudios de campo focalizados en la cuantificación de los costos de la institucionalización, no solo de los servicios, sino de los efectos sobre la salud de las personas dependientes comparando los efectos sobre la salud de las distintas alternativas, e idealmente de los costos de los cuidados informales en términos de pérdida de bienestar y de salud de los cuidadores.

Por último, cabe resaltar que este estudio se concentró en las alternativas de cuidados personales más importantes como son los cuidados en el hogar formales e informales y los cuidados en residencias especializadas, que se encuentran incluidas dentro de los así llamados “cuidados de larga duración”. No se han tenido en cuenta durante el análisis (al menos de forma directa) los efectos sobre los costos de las ayudas técnicas como las sillas de ruedas, andadores, muletas, etc. que de alguna forma podrían reducir la necesidad de ayudas personales y que son sin duda mucho más costosas. La evaluación de en qué medida las ayudas técnicas podrían reducir la dependencia de otras personas en países de Latinoamérica y el Caribe, es sin duda un aspecto importante que requiere un análisis profundo. A nivel internacional no se encuentran muchos trabajos específicos sobre el tema, aunque un estudio reciente para los Estados Unidos (Freedman et al., 2005) arroja resultados relevantes al respecto. Según dicho estudio, en los Estados Unidos ha habido un aumento significativo en el uso de ayudas técnicas principalmente bastones y adaptaciones de los baños durante los últimos años (del 4% anual en promedio), pero el rol de esas tecnologías ha sido más importante para ayudas en AIVDs que en AVDs que son las que generan mayores necesidades de ayudas personales. En el mismo trabajo se indica que a pesar del incremento en el uso de este tipo de ayudas en ese país, no hay evidencia suficiente de que a nivel agregado haya habido una sustitución entre ayuda técnica y ayuda personal, quizás en parte porque los que han sustituido una ayuda por otra se han concentrado en el grupo más educado de la población y porque las ayudas técnicas han jugado un papel más importante en la reducción de dificultades no asistidas que están asociadas con menores niveles de severidad.

Una política pública debería fomentar al máximo la búsqueda de la autonomía de la persona dependiente y en ese sentido debería impulsar el uso de ayudas técnicas para reducir al máximo la necesidad de ayuda personal. Sin embargo, por lo explicado anteriormente, es muy difícil cuantificar el efecto sobre la necesidad de ayuda personal después de la implementación de ayudas técnicas. Por su parte, desde una perspectiva futura, es difícil estimar en qué medida las ayudas técnicas podría reducir la prevalencia de la dependencia, y si ese efecto sería suficiente para

compensar la mayor prevalencia asociada, por ejemplo, con el padecimiento de condiciones crónicas discapacitantes como la obesidad que está creciendo aceleradamente en todos los países estudiados. Un estudio específicamente orientado, podría sin duda, ayudar a responder a todos estos interrogantes.

Agradecimientos

Agradecemos la colaboración de Paula Boero y Federico Ciappa, las personas responsables de realizar las entrevistas del estudio de Argentina bajo la coordinación de la Lic. Karina Angeletti. Queremos agradecer también y especialmente al Banco Inter-Americano de Desarrollo, al Dr. Tomas Engler y al profesor Eduardo Pontual Ribeiro por haber apoyado este proyecto y por sus valiosos comentarios que sin duda ayudaron a enriquecer y a mejorar la calidad del trabajo. Este estudio también fue apoyado por el National Institute of Health a través de los proyectos “PREHCO” (R01 AG016209) y el proyecto “Health Conditions Among Elderly in Latin America” (R37 AG025216) y por FOGARTY International Center (FIC) training program (5D43TW001586) del Center for Demography and Ecology (CDE) y del Center for Demography of Health and Aging (CDHA), University of Wisconsin-Madison. El CDE es financiado por el NICHD Center Grant 5R24HD04783; CDHA por el NIA Center Grant 5P30AG017266.

Notas

- ¹ Trabajo presentado en el III Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, ALAP, realizado en Córdoba – Argentina, del 24 al 26 de Septiembre de 2008.
- ² Postdoctoral Fellow, University of Wisconsin-Madison.
- ³ Northwestern University.
- ⁴ Universidad Nacional de La Plata.
- ⁵ Los tres estudios se basan en los protocolos del estudio Health and Retirement Study –HRS- (1992-2006) para Estados Unidos.
- ⁶ Para Argentina la información es de corte transversal.
- ⁷ Para México y Puerto Rico si bien hay dos ondas, el número de transiciones entre estados por edad a pocos casos.
- ⁸ De hecho, lo que denominamos como tasa de prevalencia es, en realidad, una proporción. Para que sea una tasa, en el numerador, al menos, debería haber un flujo (por ejemplo, transiciones entre personas expuestas), mientras que la denominada tasa de prevalencia es una razón entre stocks. Sin embargo, dado el uso extendido del término “tasa de prevalencia” para denominar dicha proporción, a lo largo del trabajo se seguirá nombrando de esa forma.

- ⁹ Para las estimaciones de duraciones en Buenos Aires se usaron tablas de vida para Argentina (total país), cuyos valores son cercanos al nivel promedio para Capital Federal y Provincia de Buenos Aires
- ¹⁰ La paridad de poder de compra es el número de unidades corrientes requeridas para comprar bienes equivalentes a los que puede ser comprados con una unidad en el país base (el país base considerado es U.S.).
- ¹¹ Esta información se obtuvo del sitio web del Social Security. <http://www.ssa.gov/dibplan/index.htm>.
- ¹² El ingreso per cápita familiar es para los hogares con al menos una personas de 60 años o más.

Bibliografía

- AARP 2006. *2005 AARP Puerto Rico Social Impact Survey: Long-Term Care*. Report prepared by Katherine Bridges and Cassandra Burton. Washington, DC 2006.
- CEPAL 2004, *Tablas de Mortalidad 1950-2025 América Latina*, Boletín Demográfico no. 74, Julio.
- CENSUS BUREAU 2005, *Muestra de Microdatos de Uso Público de la Encuesta sobre la Comunidad de Puerto Rico (PRCS)*.
- CHIU, L., Shyu, W.C. & Chen, T.R.J. 1997, "A Cost-Effectiveness Analysis of Home Care and Community-Based Nursing Homes for Stroke Patients and Their Families", *Journal of Advanced Nursing*, vol. 26, no. 5, pp. 872-878.
- CHIU, L., Tang, K.Y., Shyu, W.C., Huang, C.L. & Wang, S.P. 2000, "Cost Analyses of Home Care and Nursing Home Services in the Southern Taiwan Area", *Public Health Nursing*, vol. 17, no. 5, pp. 325-335.
- CHIU, L., Tang, K.Y., Liu, Y.H., Shyu, W.C. & Chang, T-P. 1999, "Cost Comparison Between Family-Based Care and Nursing Home Care for Dementia", *Journal of Advanced Nursing*, vol. 29, no. 4, pp. 1005-1012.
- COMAS-HERRERA, A., Wittenberg, R., Costa-Font, J., Gori, C., Di Maio, A., Paxtot, C., Pickard, L., Pozzi, A. & Rothgang, H. 2006, "Future long-term care expenditure in Germany, Spain, Italy and the United Kingdom", *Ageing and Society*, vol. 26, no. 2, pp. 285-302.
- DAVIS, L.L., Weaver, M., Zamrini, E., Stevens, A., Kang, D.H. & Parker, C.R. 2004, "Biopsychological Markers of Distress in Informal Caregivers", *Biological Research for Nursing*, vol. 6, no. 2, pp. 90-99.
- EPEL, E.S., Blackburn, E.H., Lin, J., Dhabhar, F.S., Adler, N.E., Morrow, J.D. & Cawthon, R.M. 2004, "Accelerated Telomere Shortening in Response to Life Stress", *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, vol 101, no. 49, pp. 17312-17315.
- FEINGLASS, J., Thompson, J.A., He, X.Z., Witt, W.P., Chang, R.W. & Baker, D.W. 2005, "The Effect of Physical Activity on Functional Status and Arthritis Symptoms among Older Middle Aged Adults", *Arthritis & Rheumatism*, vol. 53, no. 6, pp. 879-885.
- FREEDMAN, V.A., Martin, L., Cornman, J., Agree, E. & Shoeni, R.F. 2005, *Trends in Assistance with Activities: Racial/Ethnic and Socioeconomic Disparities Persist in the U.S. Older Population*, Trends Working Paper Series, no. 05-2.

- GREENE, V.L., Ondrich, J. & Laditka, S. 1998, "Can Home Care Services Achieve Cost Savings in Long-Term Care for Older People?", *The Journals of Gerontology*, vol. 53, no. 4, pp. S228-S238.
- HESTON, A., Summers, R. & Aten, B. 2006, *Penn World Table (PWT) Version 6.2*, Center for International Comparisons of Production, Income and Prices at the University of Pennsylvania, September 2006.
- IMAI, K. & Soneji, S. 2006, "On the Estimation of Disability-Free Life Expectancy. Forthcoming (draft April 3)", *Population Association of America Annual Meeting*, Los Angeles, CA.
- INDEC 2006, *Encuesta Permanente de Hogares Primer semestre 2006*, INDEC Argentina.
- INEGI 2005, *Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares*, INEGI México.
- JACOBZONE, S. 1999, "Ageing and Care for Frail Elderly Persons: An Overview of International Perspectives". *OECD: Labour Market and Social Policy*. Occasional paper no. 38, [Online] Available at: http://www.oecd.org/LongAbstract/0,2546,en_2649_33729_1887023_1_1_1_1,00.html
- JACOB, P. & MacDermott, S. 1989, "Family Caregiver Costs of Chronically ill and Handicapped Children: Method and Literature Review", *Public Health Report*, vol. 104, no. 2, pp. 158-163.
- MCDOWELL, I. 2006, *Measuring Health: A Guide to Rating Scales and Questionnaires*, Oxford University Press.
- MHAS, 2001 y 2003, "Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México", [Online] Available at: <http://www.mhas.pop.upenn.edu/espanol/inicio.htm>
- OMS 2001, *International Classification of Functioning, Disability and Health*, Geneva.
- PALLONI, A., McEniry, M., Wong, R. & Pelaez, M. 2006, "The Tide to Come: Elderly Health in Latin America and the Caribbean", *Journal of Aging and Health*, vol. 18, no. 2, pp. 180-206.
- PREHCO, 2002 y 2006, "Puerto Rican Elderly: Health Condition". CD-ROM.
- SABE, 2000, "Salud Bienestar y Envejecimiento en América Latina y el Caribe", [Online] Available at: <http://www.ssc.wisc.edu/sabe/Espanol/home-e.html>
- SCHOENI, R., Martin, L., Andreski, P. & Freedman, V. 2005, "Growing Disparities in Trends in Old-Age Disability 1982-2001", *American Journal of Public Health*, vol. 95, no. 11, pp. 2065-2070.
- SINGER, B.H. & Manton, K.G. 1998, "The Effects of Health Changes on Projections of Health Service Needs for the Elderly Population of the United States, *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, vol. 95, no. 26, pp. 15618-15622.
- SPILLMAN, B.C. & Kristin, J.B. 2005, *Staying the Course: Trends in Family Caregiving*, AARP Public Policy Institute Report 2005-17. Washington, DC: AARP.
- STOMMEL, M., Given, C.W. & Given, B.A. 1993, "The Cost of Cancer Home Care to Families", *Cancer*, vol. 71, no. 5, pp. 1876-1874.

WEISSERT, W.G. & Cready, C.M. 1989, "Toward a Model for Improved Targeting of Aged at risk of Institutionalization", *Health Services Research*, vol. 24, no.4, pp. 485-510.

WILLIAMS, J., Lyons, B. & Rowland, D. 1997, "Unmet Long-Term Care Needs of Elderly People in the Community: A Review of the Literature", *Home Health Care Services Quarterly*, vol. 16, no. ½, pp. 93-119.

REDES DE APOYO SOCIAL EN LA VEJEZ: ADULTOS MAYORES BENEFICIARIOS DEL COMPONENTE PARA ADULTOS MAYORES DEL PROGRAMA OPORTUNIDADES¹

Aarón Salinas²
Betty Manrique²
Martha Ma. Téllez Rojo²

Antecedentes

El proceso de envejecimiento poblacional en México ha suscitado gran interés, tanto desde un punto de vista teórico y de investigación, como desde la perspectiva de la toma de decisiones políticas. Dos aspectos son de vital importancia en este sentido. El primero se relaciona con la inminente incapacidad estatal para financiar programas dedicados al bienestar físico y material de los adultos mayores, particularmente el pago de pensiones y jubilaciones. El segundo se refiere a la epidemiología de las enfermedades crónicas, degenerativas e incapacitantes asociadas a este grupo etéreo, las cuales requieren sistemas de salud específicamente diseñados para afrontarlas.

En ambos sentidos se reconoce que la vejez trae consigo un proceso de deterioro que se manifiesta en, al menos, dos hechos importantes. En primer lugar, la pérdida de la salud (física y mental) y el menoscabo de la economía. Y en segundo lugar, el debilitamiento de las redes sociales debido a la pérdida de la pareja, los amigos y los compañeros. Por esta razón son cada vez más comunes los estudios que abordan la problemática general del envejecimiento poblacional, y la problemática particular de las redes de apoyo social de los adultos mayores. El interés en el tema surge en un contexto de profundos cambios en las estructuras familiares que brindan apoyo a las personas mayores y donde los recursos públicos son

insuficientes para satisfacer la demanda de un grupo social en constante aumento demográfico.

Existen, en general, dos enfoques para analizar el apoyo social en la vejez, que dependen del nivel de agregación en el que se hagan, ya sea en el plano individual o bien en el de la sociedad.

A nivel de la sociedad, el paulatino incremento de la esperanza de vida y aumento a ritmos acelerados de la población mayor de setenta años o más, ha suscitado una serie de inquietudes sobre los estilos de vida, los sistemas de protección social, la independencia financiera y el estado de salud de las personas mayores. De vital importancia aquí es determinar cómo lograr la protección social en esta etapa de la vida. El apoyo social en este sentido es de suma importancia en tanto soporte económico, material y emocional de las personas mayores y su incidencia en la calidad de vida de este grupo social.

Desde el punto de vista individual, el interés se centra en cómo las personas mayores se adaptan a esta nueva edad social. El apoyo social en tanto que soporte para procesar los cambios y pérdidas en esta edad es crucial. A su vez, el nexo del apoyo social con el bienestar psicológico es fundamental.

La literatura sobre el apoyo social para los adultos mayores ha sido prolífica en los últimos años, particularmente en el contexto anglosajón y en el latinoamericano. En el primero son particularmente relevantes los trabajos de: Shanas sobre el rol de la familia inmediata como una fuente principal del apoyo social a los adultos mayores; Litwak sobre las características específicas de los grupos sociales que brindan apoyo social a los adultos mayores; y Connidis y Davies acerca de la necesidad de contar con una red de apoyo social diversa, ya que distintos tipos de relaciones proveen diferentes formas de apoyo. En general, estos trabajos resaltan tres tópicos centrales para el análisis de las redes de apoyo social, que se describen enseguida.

El primero se refiere a la *disponibilidad de apoyo*, en donde se pondera el hecho de que el adulto mayor pueda contar no sólo con el apoyo de los miembros de su familia (inmediata o extensa), sino con otras personas que no sean sus parientes, y que puedan incluir amigos o vecinos. La evidencia empírica muestra que los adultos mayores que diversifican sus relaciones (con familia y amigos) mantienen un nivel de bienestar mayor en relación con los adultos que sólo mantienen uno de los dos tipos de vínculos. El segundo tema acentuado tiene que ver con la *reciprocidad* de las relaciones. Se señala que los intercambios asimétricos de apoyo social dentro de los adultos mayores generan sentimientos de soledad e insatisfacción, de modo que el *mejor* intercambio para el adulto mayor parece ser aquel en donde *da y recibe* apoyo. El tercer elemento que se destaca es acerca de los *distintos tipos de apoyo*. En particular se han descrito tres de estos tipos: apoyo económico, apoyo instrumental y apoyo

emocional. El primero se refiere exclusivamente a la recepción (o entrega) de transferencias monetarias, mientras que el segundo implica actividades como: labores en la casa, preparación y ministración de alimentos, transporte, cuidado personal, entre otros. Finalmente, el apoyo emocional identifica fundamentalmente compañía y consejos.

En relación con América Latina, las investigaciones sobre apoyo social siguen dos vertientes: el intercambio de apoyo social de las personas mayores;⁸ y el papel de los cuidadores/as. Este trabajo sigue el enfoque de la primera vertiente de estudios sobre apoyos sociales. En México, el tema ha sido desarrollado por Verónica Montes de Oca, Roberto Ham, y Miguel Krassoievitch quienes lo han abordado enfatizando distintas problemáticas (relaciones interpersonales, apoyo social y bienestar psicossocial, apoyo social y familia, etcétera).

En la siguiente sección se delinearán los principales conceptos relacionados con el apoyo social y la vejez según los autores latinoamericanos, y se establecen algunas definiciones que servirán de guía para el análisis de los datos obtenidos con la muestra de adultos mayores dentro del Programa Oportunidades.

Conceptos y elementos de análisis

Las redes sociales han sido definidas como “...una práctica simbólico-cultural que incluye el conjunto de relaciones interpersonales que integran a una persona con su entorno social y le permite mantener o mejorar su bienestar material, físico y emocional...”. En general, la literatura sobre redes sociales se vincula a los estudios de marginalidad de la década de los setentas, en donde para Lomnitz, por ejemplo, las redes representan “...un seguro colectivo contra las amenazas del sistema... y como reserva de recursos, particularmente durante las emergencias...”. En el caso de las personas mayores, las redes sociales constituyen un soporte para suplir carencias de orden económico; emocional, de salud, e instrumental.

Montes de Oca señala que la existencia de redes sociales “...no garantiza que el apoyo social sea constante...”. Al respecto, vale la pena señalar que el término *apoyo social* no siempre ha sido definido rigurosamente a pesar de su uso corriente. El resultado ha sido una falta de especificidad en la definición, con consecuencias prácticas para las personas mayores. Se confunden las características estructurales de las redes sociales con el mismo intercambio de apoyo social.

En este trabajo se utilizará el concepto de apoyo social propuesto por Antonucci y Jackson según el cual “...apoyo social son las transacciones interpersonales que implican ayuda, afecto y afirmación...”. En ese sentido, cuestiones centrales que incluyen el estudio de los apoyos son: tipos de apoyo, fuentes del apoyo, y valoración del apoyo.

Fuentes de apoyo

En la literatura se distinguen: fuentes formales de apoyo y fuentes informales de apoyo. El *sistema formal de apoyo* posee una organización burocrática, un objetivo específico de apoyo en áreas determinadas y utiliza profesionales o voluntarios para garantizar sus metas. En general se refiere a las intervenciones de orden más estructurado como son las políticas públicas. El *sistema informal de apoyo* se distingue del primero por su naturaleza individual y no burocrática. En general se encuentran incluidos en este sistema la familia, los amigos y vecinos de la persona de edad avanzada.

En términos generales, ambos sistemas coexisten y mantienen relaciones de cooperación, pero también de conflicto.

Elementos de análisis

Dentro del contexto latinoamericano se han distinguido tres elementos de análisis de las redes de apoyo social: *características estructurales de la red*, *tipos de apoyo*, y *tipos de intercambio*.

Las *características estructurales de la red* aluden al tamaño de la red (cantidad de personas que conforman la red), densidad (grado de interrelación entre los miembros), distribución (ubicación de las relaciones en el *mapa* de red), dispersión (distancia espacial entre los miembros), y homogeneidad/heterogeneidad (similitud o diferencia de características sociales, culturales y demográficas entre los miembros de una red).

Los *tipos de apoyo* se pueden clasificar, según Guzmán, en cuatro tipos:

- a) *Apoyo material*, que implica un flujo de recursos monetarios (dinero efectivo de forma regular o no, remesas, regalos, etc.) y no monetarios como otras formas de apoyo material (comidas, ropa, pago de servicios, etc.)
- b) *Apoyo instrumental*, que puede ser el transporte, la ayuda en labores del hogar y el cuidado, etc.
- c) *Apoyos emocionales*, que se expresan por la vía del cariño, la confianza, la empatía, los sentimientos asociados a la familia, la preocupación por el otro, etc. Pueden tomar distintas formas que van desde visitas periódicas, ser escuchado, transmisión física de afectos, etc.
- d) *Apoyo cognitivo*, el cual se refiere al intercambio de experiencias e información (significado), así como dar o recibir consejos que permitan entender una situación.

Los *tipos de intercambio*, según Lomnitz, pueden dividirse de acuerdo con las formas de intercambio en:

- a) *Reciprocidad*: intercambio paritario de bienes y servicios como parte integral de una relación duradera.

- b) *Redistribución*: bienes y servicios que se centran primero en un individuo o institución, para enseguida distribuirse en la comunidad o sociedad.
- c) *Mercado*: bienes y servicios se intercambian en base a la ley de oferta y demanda, sin implicaciones sociales de largo plazo.

Todos estos conceptos han sido destacados en la literatura para analizar las características de las redes de apoyo social para los AM, y para identificar los factores asociados con la existencia y funcionamiento de dichas redes. Al respecto, las investigaciones han demostrado la relación del apoyo social con el estado de salud de los adultos mayores; con la seguridad económica; con los aspectos nutricionales; y con la salud mental.

Además de lo ya citado, también se ha destacado el papel que la familia cumple en el apoyo social que reciben los adultos mayores. Según datos de la SABE, en México 79% de los adultos mayores entrevistados puede contar con su familia en caso de necesitarla. Cuando los mayores requieren de apoyo acceden ya sea a la pareja o a los hijos. Según estos mismos datos, los amigos o vecinos, en general, representan una fuente secundaria de apoyo, a quienes se recurre en busca de determinadas necesidades –búsqueda de información, principalmente, las cuales, al parecer, cobran mayor importancia en personas que tienen escasas relaciones familiares.

Finalmente, se han encontrado diferencias de género, en cuanto al significado de redes de apoyo en los adultos mayores y en cuanto a la composición misma de la red, señalándose, por ejemplo, que los hombres le dan más importancia a las relaciones familiares que a las de sus amigos o vecinos, mientras que las mujeres dan a ambas similar importancia.

Objetivos

- Describir las redes de apoyo social de los adultos mayores beneficiarios del Programa Oportunidades en su componente para Adultos Mayores.
- Caracterizar las redes de apoyo social de los adultos mayores beneficiarios del Programa Oportunidades en su componente para Adultos Mayores.
- Analizar los factores asociados a las redes de apoyo social de los adultos mayores beneficiarios del Programa Oportunidades en su componente para Adultos Mayores.

Metodología

Estudio de tipo transversal. La población consistió de todos los AM de 70 años en adelante inscritos en el Programa Oportunidades en su componente para Adultos Mayores, durante marzo y abril de 2006. La pobla-

ción estuvo integrada por 360,287 AM residentes en 34,591 localidades, distribuidos en los 32 estados de la república mexicana. De este universo, diseñamos una muestra probabilista en tres etapas, estratificado por localidades urbanas y rurales, con representatividad nacional. La unidad primaria de muestreo fue la localidad en cada estrato. La segunda unidad de muestreo fue el hogar con uno o más AM inscritos al Programa Oportunidades. La última unidad de muestreo fue el AM. Las tres etapas de selección fueron las siguientes:

Se seleccionaron 150 localidades, distribuidas en 27 estados, por muestreo aleatorio simple estratificado. Las localidades fueron seleccionadas con probabilidad proporcional al tamaño de cada estrato, 110 localidades rurales y 40 urbanas.

Dentro de cada localidad se seleccionaron 10 hogares a través de muestreo aleatorio simple.

En cada hogar seleccionado, se eligió aleatoriamente a un AM por hogar.

El tamaño de muestra se estimó de acuerdo a los siguientes criterios: una prevalencia mínima detectable de 4% para las principales características de estudio; con un error relativo menor de 25% en cada estrato, y 95% de nivel de confianza. La tasa de no respuesta esperada fue de 15% y el efecto estimado del diseño fue de 0.86. Con estos criterios, el tamaño de muestra estimado fue de 1497 adultos mayores.

Indicadores

Algunos de los indicadores utilizados en el análisis se refieren a las características sociodemográficas de las personas que componen la red de apoyo social del adulto mayor, y fueron obtenidas directamente del cuestionario que se aplicó al AM. En otros casos fue necesaria la construcción de los indicadores tal y como se describe a continuación.

El *tamaño de la red* fue determinado solicitando al adulto mayor que mencionara a las personas más importantes de las que recibía o a las que daba apoyo en la actualidad, pudiendo nombrar hasta seis personas distintas. De este modo, el número de vínculos que se podrían mencionar iba de cero y hasta seis personas. Para cada una de esas personas se pedía información sobre las siguientes variables: sexo, escolaridad, edad, parentesco, y lugar de residencia.

En cuanto a la *disponibilidad del apoyo social*, una vez que el AM mencionaba a las personas que consideraba más importantes como *dadoras* o *receptoras* de apoyo social, se obtenía información acerca del parentesco que guardaban con respecto al adulto mayor, el cual podría incluir al círculo familiar primario (esposo/a, hijos/as, padre/madre, nieto/a, bisnieto/a, yerno/nuera), a la familia extensa (suegro/a, hermano/a, cuñado/a, conuño/a, primo/a, tío/a, sobrino/a), a otros parientes, y a personas sin pa-

rentesco. Para fines de este informe, se agruparon estos tipos de parentesco y se determinaron las siguientes categorías: esposo(a)/compañero(a); hijo(a); nieto/bisnieto; yerno/nuera; hermano(a); otros parientes; sin parentesco. Como resultado final, fue posible expresar la *disponibilidad de apoyo* como una variable con cuatro categorías, dependiendo de la fuente de apoyo social: *ninguno, sólo amigos, sólo familia, familia y amigos*.

La *frecuencia del contacto* se determinó preguntando al adulto mayor qué tan seguido veía o hablaba a las personas de las que recibía o a las que daba apoyo, agrupando sus respuestas según las siguientes categorías: *diario, una o varias veces a la semana, una o varias veces al mes, una o varias veces cada dos, seis, o doce meses, una vez o varias veces en dos años o más*. En tanto que el *grado de unión* se definió según el AM se sintiera *unido/muy unido* o *poco/nada unido* con las personas que citó como parte de su red de apoyo social.

Los *tipos de apoyo* (instrumental, económico, emocional, información) se definieron a partir de dos preguntas en las que se pedía al AM que mencionara qué tipo de apoyo recibía o daba de las personas que formaban parte de su red de apoyo social. A partir de esta información, se determinaron las siguientes categorías de respuestas para estos cuatro tipos de apoyo: *No da, no recibe, sólo recibe, sólo da, da y recibe*. Esta construcción pretende recuperar el concepto de *reciprocidad* en el intercambio de apoyo social.

Análisis estadístico

Además del análisis descriptivo para caracterizar la red de apoyo social del AM, se proponen una serie de modelos de regresión logística ordinal para identificar posibles factores asociados a la disponibilidad de apoyo social y a los tipos de apoyo social dados/recibidos por el AM que, según la literatura incluyen al sexo, edad, estado civil, arreglo residencial, estado de salud, tamaño de la red, y número de hijos vivos, todas estas características referidas al AM.

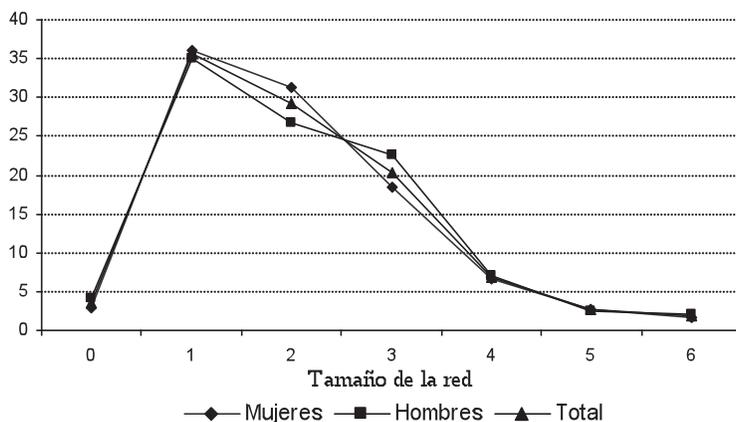
Resultados

Tamaño de la red

El tamaño de la red es un asunto particularmente discutido en la literatura gerontológica. Así, algunos autores subrayan la extensión de la red como un indicador de apoyo, mientras que otros hacen hincapié en la calidad del apoyo que se brinda a los adultos mayores. Para la población de AM que forman parte del Programa Oportunidades, se encontró que el tamaño promedio de la red de apoyo social es de 2.06 personas y que 64.9% de los adultos mencionaron tener uno o dos vínculos importantes.

No se encontraron diferencias significativas en cuanto al tamaño de la red según el sexo de los entrevistados, como lo muestra la Gráfica 1.

Gráfica 1
Porcentaje de adultos mayores de acuerdo al tamaño de la red de apoyo social



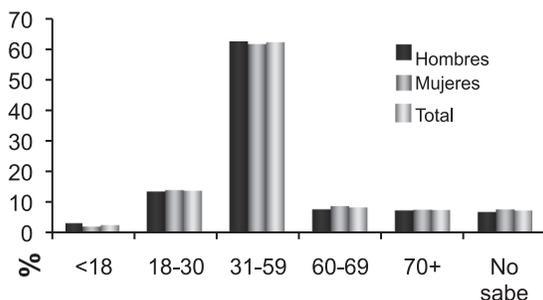
Fuente: Estudio Diagnóstico sobre las condiciones de vida y bienestar de los beneficiarios del Componente para Adultos Mayores (AM) del Programa Oportunidades, 2006.

Es importante destacar que 4% de los hombres y el 3% de las mujeres no cuentan con red de apoyo y que, de éstos, un alto porcentaje (68 y 78.2, respectivamente) viven ya sea con su pareja o con otros familiares. Es decir, a pesar de no vivir solos manifiestan la carencia de una red de apoyo.

Características sociodemográficas de las personas que componen la red de apoyo

Del total de vínculos mencionados, 56.7% son mujeres y no se encontraron diferencias con respecto al sexo, la edad, lugar de residencia (rural/urbano) o arreglos residenciales de los adultos mayores. En lo que se refiere a la edad, se encontró que el grupo de edad con el que los AM mantienen mayor contacto es aquel que se ubica entre los 31 y 60 años, y que un porcentaje menor (7.2%) tiene vínculos con personas de su misma edad (70 años o más). En la Gráfica 2 se muestra la distribución de los grupos de edad para los vínculos de los AM y se puede ver que no existen diferencias en cuanto al sexo de las personas que forman parte de la red de apoyo del adulto mayor. Estos datos reflejan el hecho de que los vínculos más frecuentes de los AM son sus hijos, puesto que ellos están en el grupo de edad con mayor frecuencia, como se verá más adelante.

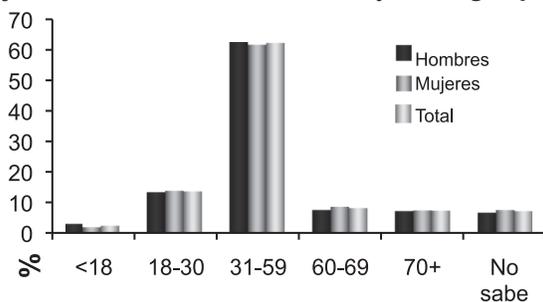
Gráfica 2
Porcentaje de vínculos de los adultos mayores según grupos de edad.



Fuente: Estudio Diagnóstico sobre las condiciones de vida y bienestar de los beneficiarios del Componente para Adultos Mayores (AM) del Programa Oportunidades, 2006.

Las relaciones de parentesco de los vínculos de los AM se presentan en la Gráfica 3, desagregando por sexo del vínculo.

Gráfica 3
Porcentaje de vínculos de los adultos mayores según parentesco



Fuente: estudio Diagnóstico sobre las condiciones de vida y bienestar de los beneficiarios del Componente para Adultos Mayores (AM) del Programa Oportunidades, 2006.

Se puede apreciar que la principal fuente de apoyo para los AM la representan los hijos seguidos por la pareja, y que a excepción de los hijos, la red está compuesta mayoritariamente por mujeres, como en el caso de las nueras (86.6%) y de las nietas o bisnietas (60.2%), siendo esta diferencia estadísticamente significativa. Al comparar esta información del parentesco con la edad de los vínculos, se corrobora que los hijos de los AM representan, en mayor grado, al grupo de edad con el cual los adultos mantienen mayor contacto ya que 78.2% de las personas entre 31 y 59 años son hijos/as de los AM, mientras que de los menores de 18 años el

67.7% son sus nietos/as o bisnietos/as. Asimismo es notorio que, para las personas de 70 años o más, 64.6% es la pareja del adulto mayor. Para la escolaridad de los vínculos se encontró una asociación significativa con el parentesco, destacándose el hecho de que, cuando se trata de la pareja del AM, 93% tienen un nivel educativo similar, es decir, primaria o menos, o incluso no tienen instrucción alguna. Si se trata de los hijos, 78% tienen primaria o secundaria, lo cual indica un incremento en relación con el nivel educativo de sus padres. Para los nietos o bisnietos, el nivel se incrementa aún un poco más, ya que 39% alcanza la secundaria y 11% cursa o terminó el bachillerato.

Los resultados también muestran que, de los vínculos mencionados por el AM, 78.6% viven ya sea en su misma casa, o en la misma calle, o en la misma localidad, y este porcentaje es similar en los distintos tipos de parentesco, aunque debe destacarse que cerca de 25% de los hijos viven fuera de la localidad en donde reside el AM, y 6.8% vive en los Estados Unidos de América. Por otro lado, resultó significativa la asociación entre la frecuencia del contacto y el parentesco de los vínculos, en especial cuando se refiere al contacto diario, en el que los porcentajes para pareja, hijos y nietos son respectivamente 100%, 63%, 73%, mientras que para parientes lejanos es de 57% y para vínculos sin parentesco de 60%. Una vez más cabe destacar que, para los yernos o nueras, el porcentaje es elevado (95%), aunque debe mencionarse que gran parte de esta densidad se debe a que 87% son nueras que probablemente estén a cargo del cuidado del AM.

Disponibilidad y tipos de apoyo social

Como ya se comentó en la sección de antecedentes, la disponibilidad de apoyo social es más sólida cuando los vínculos no se restringen sólo a la familia o sólo a los amigos y/o vecinos, sino que amalgaman a ambas fuentes. Además, los intercambios dentro de la red de apoyos son de mayor beneficio para el AM cuando encuentra reciprocidad en ellos. En esta sección se muestran los resultados sobre la disponibilidad y los tipos de apoyo de los AM. En primera instancia, se presentan los resultados sobre la distribución de la población de AM para cada una de las variables que definen estos dos conceptos, y en segundo lugar se exponen los resultados de los modelos de regresión en los que se exploran los posibles factores que están asociados con la disponibilidad y los tipos de apoyo.

En el Cuadro 1 se presentan los resultados para la distribución de la población de AM para cada uno de los siguientes indicadores: disponibilidad de apoyo, apoyo económico, apoyo instrumental, apoyo emocional, y apoyo de información. Destacan varios datos que ameritan algún comentario. A diferencia de otros estudios, en esta población el porcentaje de AM que tienen vínculos con la familia y amigos es muy bajo, y la gran mayoría forma su red de apoyo sólo con miembros de su familia. A pesar de las ventajas que esto pueda tener (red más homogénea), al final la red

queda restringida a grupos de personas que pueden tener las mismas carencias o deficiencias del adulto mayor.

Cuadro 1
Porcentaje de adultos mayores según disponibilidad y tipos de apoyo.

Disponibilidad de apoyo	%	IC 95%
Ninguna	3,6	2,44-5,20
Sólo amigos	3,5	2,60-4,69
Sólo familia	88,3	85,92-90,26
Familia y amigos	4,7	3,51-6,18
Apoyo económico		
No da, no recibe	26,9	23,79-30,24
Sólo recibe	58,0	54,53-61,43
Sólo da	3,6	2,75-4,82
Da y recibe	11,4	9,41-13,85
Apoyo instrumental		
No da, no recibe	59,3	55,45-62,96
Sólo recibe	30,8	27,56-34,15
Sólo da	3,1	2,27-4,31
Da y recibe	6,9	5,44-8,60
Apoyo emocional		
No da, no recibe	5,2	3,84-7,14
Sólo recibe	3,9	2,75-5,40
Sólo da	6,9	5,28-8,85
Da y recibe	84,0	80,93-86,72
Apoyo de información		
No da, no recibe	93,5	91,82-94,88
Sólo recibe	2,8	1,97-4,09
Sólo da	3,3	2,36-4,55
Da y recibe	0,4	0,15-0,87

Fuente Estudio Diagnóstico sobre las condiciones de vida y bienestar de los beneficiarios del Componente para Adultos Mayores (AM) del Programa Oportunidades, 2006.

Con respecto al apoyo económico, esta población resulta ser principalmente receptora del apoyo; no obstante, un importante porcentaje no recibe ni da apoyo económico. Es probable que la transferencia económica que Oportunidades otorga a los AM pueda, en el futuro, generar una dinámica en donde los adultos participen más en intercambios económicos recíprocos.

Por lo que toca al apoyo instrumental, los AM en mayor proporción no dan ni reciben este tipo de apoyo. Sin embargo, no es menor el

porcentaje que *sólo* lo recibe, hecho nada extraño si se toma en cuenta que se trata de una población que es cada vez más dependiente de las atenciones y ayudas que les pueda brindar el grupo de personas que forman parte de su red de apoyo.

Quizás el dato más relevante de este tipo de apoyos es que los AM consideran que el apoyo emocional es el más recíproco de sus intercambios, no sólo en la medida de lo que puedan recibir, sino más importante en términos de lo que pueden brindar.

Finalmente, y aunque ha sido una categoría de análisis importante para estudiar el tipo de apoyo que dan y reciben los AM en tanto que la información compartida puede ser vital para la resolución de problemas, en este estudio se encontró un porcentaje muy alto de adultos que no dan ni reciben este tipo de apoyo. Lo anterior quizás se deba a que la pregunta referente a este tipo de apoyo no hacía suficiente énfasis en distintos tipos de información o en diferentes niveles de la información compartida. Como sea, este indicador sólo se presenta con propósitos descriptivos y no será incluido en los modelos de regresión que se exponen más adelante.

Factores asociados a la disponibilidad y tipos de apoyo

En los apartados anteriores se han mostrado algunas asociaciones bivariadas relevantes para los indicadores propuestos. Esta estrategia es extendida aquí para incluir un número mayor de covariables de modo que permita detectar algunas asociaciones importantes en tanto que se controla por la presencia de potenciales confusores. Se utilizarán como variables dependientes, en modelos por separado: la disponibilidad de apoyo, el apoyo económico, el apoyo instrumental, y el apoyo emocional. Debido a la naturaleza ordinal de estas variables (cada una con cuatro categorías) se utilizarán modelos de regresión logística ordinal, específicamente modelos de momios proporcionales.

En el Cuadro 2 se muestran los resultados del modelo para la disponibilidad de apoyo social.

Cuadro 2
Modelo de regresión logística ordinal para la disponibilidad de apoyo social.

		OR	IC 95%
No. Vínculos		2,3	1,69-3,12
No. Hijos vivos		1,0	0,92-1,08
Salud moderada	<i>Buena salud</i> [§]	1,3	0,99-1,77
Salud mala		0,6	0,31-1,06
Vive sólo con pareja	<i>Vive solo</i>	2,3	1,08-4,98
Vive con pareja y otros familiares		2,0	1,14-3,63
Mujer		1,0	0,64-1,49
Edad		1,0	0,85-1,14
Rural		0,8	0,54-1,13
Viudo	<i>Casado</i>	1,2	0,76-2,05
Soltero, separado, divorciado		2,7	1,13-6,51
Intercepto 1		-2,7	
Intercepto 2		-1,8	
Intercepto 3		4,6	

Fuente: Estudio Diagnóstico sobre las condiciones de vida y bienestar de los beneficiarios del Componente para Adultos Mayores (AM) del Programa Oportunidades, 2006.

§ Categoría de referencia

El modelo permite ver que no hay diferencias en cuanto a la disponibilidad de apoyo según el sexo, la condición de ruralidad y la edad, que han sido algunos factores encontrados en otros estudios. Entre las variables que sí muestran asociación, se encuentra el tamaño de la red (representada por el número de vínculos) que implica que, dependiendo de su tamaño, se incrementará la probabilidad de disponer de apoyo social, ya sea sólo de la familia o de la familia y amigos. También es significativo el hecho de no vivir solo, ya que aquellos adultos mayores que viven en pareja o con sus familiares tienen mayor disponibilidad de apoyo social que quienes viven solos. Finalmente, los AM que están separados, viudos, o solteros se ven en la necesidad de diversificar su red de apoyo y esto implica que puedan tener mayores contactos con familiares y amigos.

En los Cuadros 3 y 4 se presentan los resultados para el modelo de apoyo económico e instrumental; de las variables incluidas sólo el tamaño de la red resultó ser significativo para ambos modelos, mostrando una vez más que cuando la red es mayor estos tipos de apoyo también lo son.

Cuadro 3
Modelo de regresión logística ordinal para apoyo económico.

		OR	IC 95%
No. Vínculos		1,4	1,06-1,96
Mujer		0,8	0,40-1,54
Edad		1,0	0,88-1,15
Rural		1,1	0,72-1,68
Viudo	<i>Casado</i> §	0,9	0,40-2,15
Soltero, separado		0,7	0,22-2,44
Vive con pareja	<i>Vive solo</i>	1,2	0,39-3,75
Vive con pareja y otros familiares		1,3	0,56-2,94
Intercepto 1		0,1	
Intercepto 2		3,0	
Intercepto 3		3,3	

§ Categoría de referencia

Cuadro 4
Modelo de regresión logística ordinal para apoyo instrumental

		OR	IC 95%
No. Vínculos		1,2	1,03-1,48
Grado de unión con el vínculo	<i>Muy unido</i> §	0,4	0,16-1,21
Edad		1,0	0,86-1,12
Rural		1,0	0,72-1,40
Mujer		0,9	0,60-1,37
Viudo	<i>Casado</i>	0,9	0,58-1,52
Soltero, separado		0,8	0,38-1,83
Vive con pareja	<i>Vive solo</i>	0,9	0,48-1,87
Vive con pareja y otros familiares		1,1	0,64-1,95
No. Hijos vivos		1,0	0,89-1,06
Intercepto 1		-0,6	
Intercepto 2		1,3	
Intercepto 3		1,7	

Fuente: estudio Diagnóstico sobre las condiciones de vida y bienestar de los beneficiarios del Componente para Adultos Mayores (AM) del Programa Oportunidades, 2006.

§ Categoría de referencia

Del modelo de apoyo instrumental es importante mencionar que, aunque el grado de unión con el vínculo no resultó ser significativo, sí muestra un tendencia en cuanto al hecho de que las personas con un mayor grado de unión tienen intercambios recíprocos más activos en términos de este apoyo.

Como ya se comentó en la parte descriptiva, el apoyo emocional es el tipo de apoyo que ocurre con mayor frecuencia en esta población de AM, particularmente en términos de reciprocidad. El Cuadro 5 contiene el modelo de regresión para este tipo de apoyo y ahí se puede ver, al igual que en los modelos anteriores, que el tamaño de la red es un factor importante para explicar el apoyo emocional, de modo que quienes mantienen un intercambio recíproco de este apoyo son quienes tienen una red más grande. Otro hallazgo importante es que las mujeres muestran un mayor nivel de apoyo emocional que los hombres, aunque para ambas poblaciones el porcentaje (ajustado de acuerdo a las covariables incluidas en el modelo) de adultos que dan y reciben este apoyo es alto: 89% de las mujeres y 84% de los hombres.

Cuadro 5
Modelo de regresión logística ordinal para apoyo emocional.

		OR	IC 95%
No. Vínculos		2,3	1,64-3,37
Edad		1,0	0,88-1,16
Rural		1,1	0,75-1,53
Mujer		1,6	1,11-2,23
Viudo	<i>Casado</i> §	1,3	0,98-1,86
Soltero, separado		1,4	0,80-2,54
Vive con pareja	<i>Vive solo</i>	1,2	0,75-2,02
Vive con pareja y otros familiares		1,2	0,81-1,80
No. Hijos vivos		1,0	0,96-1,09
Intercepto 1		-0,2	
Intercepto 2		0,4	
Intercepto 3		1,1	

Fuente: Diagnóstico sobre las condiciones de vida y bienestar de los beneficiarios del Componente para Adultos Mayores (AM) del Programa Oportunidades, 2006.

§ Categoría de referencia

Discusión

Una característica de los AM es la necesidad de ayuda. Entre otras circunstancias, esta población sufre, en cierta medida, algún nivel de incapacidad de tal manera que requiere el apoyo de su familia y amigos o vecinos. Estudios previos indican que las redes sociales de los AM están compuestas principalmente por los cónyuges y los hijos, y, enseguida, por otros parientes consanguíneos y políticos. Además, se ha establecido que las redes de apoyo son capaces de proveer una gran cantidad de apoyo social en forma cotidiana, ya sea de manera instrumental, emocional, económica, o de información.

Los resultados de este estudio indican que la composición de la red y el tipo de apoyo que reciben los AM dentro del Programa Oportunidades son similares a aquellos encontrados en países anglosajones, pero también a los que se han obtenido en poblaciones similares de Latinoamérica. En relación al tamaño de la red este estudio encontró que 65% de los adultos mayores tienen entre uno y dos vínculos, cifra que es superior a lo encontrado por Huenchuan en Chile 39.6%, y por Ham en la Ciudad de México, 32.6%. No obstante, el tamaño promedio, 2.06, es menor que el hallado por Robles en la ciudad de Guadalajara, México, que fue de 7.5 o que el encontrado por Arias en Mar del Plata, Argentina que fue de 8.8.

De la composición de la red, los datos muestran que las principales fuentes de apoyo para el AM son sus hijos/as o sus cónyuges, en concordancia con lo que se ha encontrado en otros estudios.

Una característica que se ha destacado en el estudio de la redes de apoyo social de los adultos mayores es su grado de homogeneidad. Los datos aquí presentados confirman este hecho, ya que la mayoría de las redes de apoyo de los AM están compuestas por miembros de la familia cercana, que viven en la misma localidad y cuya frecuencia de contacto sea una o varias veces a la semana, además de que sus niveles de escolaridad son muy parecidos a los del AM. Arias ha argumentado en torno a los aspectos desfavorables que esto puede implicar, subrayando el hecho de que redes tan poco diversificadas pueden más bien restringir otros tipos de apoyo (principalmente el económico y el instrumental) aunque, por otro lado, este tipo de redes pueden favorecer intercambios recíprocos que, como ya ha sido documentado, pueden generar sentimientos de pertenencia y seguridad en el AM.

Para cada uno de los cuatro indicadores propuestos de apoyo social (disponibilidad de apoyo, apoyo: económico, apoyo instrumental, y apoyo emocional) el tamaño de la red resultó ser un factor significativo. La tendencia general indica que redes de apoyo más grandes se asocian con la existencia de intercambios recíprocos y con una composición de la red que incluye a familiares y amigos. En este sentido, Rowe y Khan han argumentado que cuanto más extensa y diversa es la red de apoyo, mayor es su eficacia. En contraparte, Antonucci y Jackson comentan que una red reducida puede generar una presión excesiva sobre las personas que proporcionan el apoyo. Este dato debe ser destacado dado que, ante el hecho de que la población de AM del Programa Oportunidades tienen más bien redes pequeñas y poco diversificadas, el apoyo formal de la transferencia y la revisión médica pueden ser de vital importancia.

Como dato final relevante del estudio, se identificó el perfil del AM más vulnerable, en términos del apoyo social, como aquel adulto que vive solo y cuyo tamaño de red es reducido o nulo, hallazgo similar al de otros estudios.

Notas

- ¹ Trabajo presentado en el III Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, ALAP, realizado en Córdoba –Argentina, del 24 al 26 de Septiembre de 2008.
- ² Instituto Nacional de Salud Pública de México; asalinas@insp.mx, bmanrique@insp.mx, mmtellez@insp.mx

Bibliografía

- GUZMÁN, J.M. *et al* (2002). Redes de apoyo social a personas mayores: Marco conceptual. Documento presentado en la Reunión de Expertos en Redes de Apoyo Social a Personas Mayores, CEPAL 9 al 12 de diciembre, Santiago de Chile.
- ARIAS, Claudia (2002). Las redes de apoyo social en las personas de edad. Mar del plata, Universidad del Mar de Plata.
- LITWAK, Eugene (1985). Helping the elderly: The complementary roles of informal networks and formal systems. New York, Guilford Press.
- MONTES de Oca, Verónica (2000). Relaciones familiares y redes sociales. En Envejecimiento demográfico en México: retos y perspectivas. México. Consejo Nacional de Población.
- CONNIDIS, I.A. y Davies, L. (1990). Confidants and companions in later life: the place of family and friends. *Journal of Gerontology*, 45(4):141-149.
- ZHENMEI ZHANG y Mark D. Hayward (2001). Childlessness and the Psychological Well-Being of Older Persons. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 56:S311-S320.
- SHANAS, E. (1979). The family as a social support system in old age. *Gerontologist*, 19(2):169-174.
- BARROS, Lezaeta Carmen (2001). Relaciones e intercambios familiares del adulto mayor, documento presentado en el simposio “Antropología de la vejez, cuarto congreso chileno de antropología”, Santiago de Chile, Universidad de Chile, noviembre.
- SÁNCHEZ, Ayendez Melba (1994). El apoyo social informal. La atención de los ancianos: un desafío para los años noventa. *Publicación científica* N° 546, Washington D.C., Organización Panamericana de la Salud (OPS).
- ROBLES, L. (2002). ¿Quiénes cuidan a los ancianos? una cuestión de mujeres ancianos no de familia. Ponencia a presentar en el Simposio Viejos y Viejas, Participación, Ciudadanía e Inclusión Social, 51 Congreso Internacional de Americanistas, 14 al 18 de Julio, 2003, Santiago de Chile.
- VIDAL, D. *et al* (1988). El significado del paciente con demencia para el cuidador en una comunidad urbana y rural. *Revista de Servicio Social*, Vol. 1, No. 2, Concepción, Chile.
- BERRUTI, M.B. y Buzeki, M. (2001). Cuidadores formales en la institucionalización de larga estadía. Ponencia presentada en el Simposio Antropología de la Vejez,

- IV Congreso Chileno de Antropología, Universidad de Chile, Santiago de Chile, noviembre, 2001.
- HAM-CHANDE, Roberto *et al* (2002). Calidad de vida y redes de apoyo social de las personas en edades avanzadas en Ciudad de México, documento presentado en la "Reunión de expertos en redes de apoyo social a personas mayores", Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) (Santiago de Chile, 9 al 12 de diciembre).
- KRASSOIEVITCH, Miguel (1998). Redes sociales y vejez, documento preparado para el séptimo simposio "Macaria: que hablen los ancianos", Universidad de Guadalajara, Centro Universitario de Ciencias de la Salud (Guadalajara, 24 al 26 de septiembre).
- LOMNITZ, Larissa (1994). Redes sociales, cultura y poder. Ensayos de antropología latinoamericana. México, Miguel Angel Porrúa.
- ANTONUCCI, Toni y Jackson, J. (1990). Apoyo social, eficacia interpersonal y salud: una perspectiva del transcurso de la vida. Barcelona, Ediciones Martínez Roca.
- BARROS, Lezaeta Carmen (1994). Apoyo social y bienestar del adulto mayor, *Documento Instituto de Sociología*, N° 60, Santiago de Chile, Pontificia Universidad Católica de Chile.
- BLAZER, D.G. (1982) Social support and mortality in an elderly community population *American Journal of Epidemiology*, Vol. 115, No. 5:684-694.
- PETCHERS, Marcia K. y Milligan, Sharon E. (1987). Social Networks and Social Support Among Black Urban Elderly A Health Care Resource. *The Journal of Health Care Social Work*, Volume: 12 Issue 4:103-117.
- HUENCHUAN, S. (2002). Condiciones económicas de viejos y viejas mapuches. *Revista de Trabajo Social*, Universidad Nacional Autónoma de México.
- MCINTOSH, W.A. *et al* (1989). Social support, stressful events, strain, dietary intake, and the elderly. *Med Care*, 27(2):140-53.
- OXMAN, Thomas E. *et al* (1992). Social Support and Depressive Symptoms in the Elderly *American Journal of Epidemiology*, Vol. 135, No. 4: 356-368.
- MURAD SAAD, Paulo (2002). Transferencias informales de apoyo de los adultos mayores en América Latina y el Caribe: Estudio comparativo de encuestas SABE. Documento presentado en la "Reunión de expertos en redes de apoyo social a personas mayores", Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) (Santiago de Chile, 9 al 12 de diciembre).
- SCOTT, A. y Wenger G. (1996). Género y redes de apoyo social en la vejez. En *Relación entre género y envejecimiento: enfoque sociológico*, Sara Arber y Jay Ginn (comps.). Madrid, Narcea Editores.
- LONG, J.S. (1997). Regression models for categorical and limited dependent variables. Thousand Oaks, Sage.
- SEEMAN, T.E. y Berkman, L.F. (1988). Structural characteristics of social networks and their relationship with social support in the elderly: who provides support. *Soc Sci Med*; 26(7):737-49.

JW ROWE, J.W. y Kahn, R.L. (1997). Successful aging. *The Gerontologist*, Vol 37, Issue 4:433-440.

VAN GROENOU, M.B. y Van Tilburg, T. (1997). Changes in the support networks of older adults in the Netherlands. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 12:23-44.

Tercera Parte

TRANSFERENCIAS INTERGENERACIONALES

PERSPECTIVAS DA OFERTA DE CUIDADORES INFORMAIS DA POPULAÇÃO IDOSA: UMA ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE BRASIL E MÉXICO, 2000-2015¹

*Álida Rosária Silva Ferreira²
Laura Rodriguez Wong³*

Introdução

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial, sentido de maneiras diferentes, em diferentes sociedades. Os países mais desenvolvidos possuem, relativamente, uma maior proporção de idosos atualmente, porém, a velocidade do envelhecimento tem se acentuado muito nos países em desenvolvimento (Kinsella e Velkoff, 2001; Pool et al., 2006). É neste contexto que se inserem Brasil e México, países que terão entre 2000 e 2030, um aumento de 192% e 227% de sua população acima de 65 anos, respectivamente (U.S. Census Bureau, 2000).

Considerando este aumento e também a redução dos grupos etários mais jovens – resultado principalmente de coortes de nascimento cada vez menores - faz-se necessário pensar em maneiras de lidar, particularmente, com o grupo de idosos que necessitarão de auxílio. A maior longevidade – que está vinculada às melhorias nas condições de saúde que reduzem as taxas de mortalidade, melhoram a qualidade de vida dentre outros aspectos - colabora para que o peso relativo dos idosos na população se torne cada vez maior. Dentro deste contexto, uma parte dos idosos que envelhecem tem grandes chances de não conseguirem cuidar de si e a figura do cuidador passa a ser importante para o processo de envelhecimento.

Os ganhos em esperança de vida foram provenientes também de avanços médicos. Algumas doenças que antes propiciavam uma sobrevivência muito curta ou quase nula, tem tido um tratamento que permite ao indivíduo viver por mais tempo em muitos casos. Outras, anteriormente, de difícil tratamento e cura começam a ser tratadas, melhorando as expectativas da população atingida por estes males.

Considerando um panorama em que, os recursos públicos são francamente insuficientes para cobrir a demanda por cuidadores profissionais, e que a família será a principal responsável pelo bem estar dos mais velhos, há de se pensar no perfil de quem exercerá este papel. Por definição, o cuidador é o indivíduo que irá auxiliar o idoso que apresenta limitações para realizar sozinho qualquer tarefa necessária no seu dia-a-dia, seja ela muito ou pouco freqüente (Giacomin et al., 2005). Quanto maior a dependência, maior terá que ser a dedicação do cuidador que pode se tanto informal, que é geralmente um familiar, quanto formal, que é um profissional capacitado para atender as necessidades do idoso dependente.

No nível individual, diante dos resultados encontrados na revisão bibliográfica algumas características dos cuidadores se destacam: são em sua maioria mulheres, filhas ou esposas (maior parte idosas, e algumas com seus próprios problemas de saúde) e com baixa participação social variando de acordo com o grau de dependência do idoso. Esse perfil é comum, por exemplo, em três cidades onde foram estudados os cuidadores, - Buenos Aires (Argentina), Montevideú (Uruguai) e Santiago (Chile) -, o que justificou, juntamente com os outros estudos qualitativos e quantitativos explorados, a análise mais aprofundada destas características para os cuidadores.⁴

Neste sentido o objetivo central deste trabalho é quantificar, de forma indireta, o perfil do cuidador informal de idosos no Brasil e no México e desenhar possíveis cenários futuros de interação entre esse grupo e o grupo de idosos que demandam algum tipo de assistência nestes países.

Os cuidadores e o contexto em que estão inseridos

O envelhecimento é encarado de diferentes maneiras nas diferentes sociedades. Algumas o tratam como sinônimo de sabedoria, outras o associam à improdutividade, existindo, também, sociedades que consideram o idoso alguém extremamente frágil, criando fortes laços de dependência com ele. Os sistemas de assistência desenvolvidos tanto pela sociedade civil, quanto por órgãos públicos e privados são um reflexo de como a sociedade percebe o idoso (Giménez, 2004).

Dentro desta perspectiva, uma proporção considerável de idosos necessitarão de auxílio para realizar suas tarefas à medida que as dificuldades oriundas do processo de envelhecimento vão surgindo. Neste contexto, se destaca a figura do cuidador. Ele é o indivíduo que irá auxiliar o

idoso que apresenta limitações para realizar sozinho qualquer tarefa necessária no seu dia-a-dia, seja ela muito ou pouco freqüente (Giacomin et al., 2005). Quanto maior a dependência, maior terá que ser a dedicação do cuidador que pode se tanto informal, geralmente um familiar, quanto formal, isto é um profissional capacitado para atender as necessidades do idoso dependente.

Dentro da proposta da OPAS são três os pilares em que se apóia um envelhecimento ativo: participação social ou institucional, família e cobertura econômica/previdenciária. Segundo Camarano e Ghaouri (2002), no hemisfério sul não há uma prática ativa de cuidado institucional, transferindo esta questão para a família. O despreparo do Estado em prover assistência a um número cada vez maior de idosos que chegam à população a cada ano e a uma velocidade cada vez maior, é visível. Mesmo assim, ele não poderá se insentar de sua responsabilidade de prestar um serviço de aceitável qualidade à população. As necessidades de serviços de saúde, por exemplo - que, com os avanços da medicina, prolongam a vida por mais tempo - fazem com que sejam necessárias políticas alternativas, principalmente as do tipo preventivas, para que as pessoas tenham uma expectativa de vida mais saudável e, de preferência, no convívio familiar. O desenvolvimento de políticas que promovem um maior envolvimento da família nesse processo de assistência, são importantes para reduzir o impacto de tantos idosos na população (Giménez, 2004).

A família, portanto, desenvolve um papel fundamental neste processo de adaptação à nova composição etária da população. A sua relação com o idoso está vinculada, dentre outros aspectos, com questões culturais - que são diferentes em cada parte do mundo. O cuidado informal - aquele que não gera um benefício financeiro para quem o exerce - existe em quase todos os países, sendo exercido com maior ou menor intensidade pelos membros da família (Chappel apud Kosberg, 1992). Mesmo aqueles indivíduos que reúnem condições financeiras para arcar com uma instituição de longa permanência, sentem que podem não estar tomando a decisão correta e em alguns casos optam por continuar convivendo com o idoso até que a situação seja realmente insustentável. É neste momento que as questões culturais que permeiam todas as classes sociais, com maior ou menor intensidade, entram na discussão. É possível que mesmo tendo a possibilidade de passar a responsabilidade de cuidar para terceiros, famílias de diferentes níveis econômicos e hábitos culturais, optem por manter o idoso em casa sob seus cuidados.

Com a família assumindo o cuidado, percebe-se que, por mais diferentes que sejam as questões culturais e socioeconômicas de cada localidade, parece existir uma tendência sobre o perfil do cuidador de idosos. Pode-se pensar, por exemplo, na hipótese de que a maioria dos cuidadores são mulheres, mas os motivos podem ser bastante diferentes - aí entram, principalmente, as questões culturais. A mulher pode ser a cui-

dadora, por exemplo, porque é a dona de casa, que cuidou dos filhos, do marido e em tese está apta e preparada para assumir o cuidado de um idoso, quase que por consequência, e, muitas vezes, ela acredita nessa obrigação. (Vilela et al, 2006; Karsh, 2003; Cattani e Girardon-Perlini, 2004).

O motivo para que sejam as mulheres as que assumem o papel de cuidadoras com maior frequência, são dos mais variados. No Brasil o relato de entrevistas feitas com 10 esposas cuidadoras participantes do projeto Bambuí⁵, levanta questões que chamam a atenção para a experiência da mulher cuidando de seu marido. Já num primeiro momento, é possível se destacar as características de que a cuidadora tem uma idade também mais avançada e com a saúde deteriorada não só pelo fator envelhecimento, mas pela dedicação dada ao esposo, em detrimento do próprio bem-estar. Essas mulheres não acham que seja justo dividir a obrigação com outra pessoa, uma vez que cuidaram de seus maridos toda uma vida (Giacomin et al., 2005).

Caminhando paralelamente, vemos a entrada, cada vez mais intensa, da mulher no mercado de trabalho, que vai abandonando aos poucos, o papel integral de dona de casa e cuidadora da família, inclusive dos idosos (Nascimento, 2006). Com redes familiares mais frágeis, alguns papéis são transferidos para instituições como igrejas, casas de repouso ou outros lugares onde o idoso seja, de certa maneira, amparado em suas necessidades físicas, e porque não dizer também, psicológicas (Yazaki et al, 1991).

No caso do México, há relativo consenso sobre a existência da pressão social sobre a família para tomar conta de todos os seus membros, incluindo idosos, doentes e pobres. O idoso sempre ocupou um lugar importante na família, mas esta posição vem enfraquecendo por causa dos novos modos de vida da sociedade contemporânea. As expectativas do idoso para com seus familiares também é grande, se sentindo mais tristes e excluídos quando são afastados do convívio familiar (Bialik, 1992).

Em algum momento, os sinais da necessidade de cuidado aparecem nos mais velhos, seja porque o idoso perdeu o companheiro ou companheira, seja por ter ficado doente e precise de acompanhamento parcial ou integral, temporário ou indefinido. O caso é que, neste momento, muitos idosos têm que se deslocar de seu ambiente, no qual muitas vezes está inserido há anos, para viver próximo das pessoas que irão cuidar dele. Existe uma perda maior de sua autonomia, por ter que se submeter às novas regras impostas pela nova forma de vida. Este processo de mudança e adaptação também tem aspectos positivos, como o acesso a um cuidado familiar mais intenso, que pode aproximar as relações entre os idosos e os mais jovens, levando a uma troca de experiências, que pode ser benéfica para todos (Sluzki, 2000; Del Campo et al., 2000).

No México, um estudo com mulheres idosas, encontrou que os idosos institucionalizados têm um pior desempenho funcional que os demais. Apesar de terem assistência médica, serem alimentados corretamente e

participarem de atividades sociais, elas ainda sim se sentem infelizes e presas por não poderem viver com a própria família, seja por não tê-la ou pela mesma não querer nenhum tipo de contato (Bialik, 1992). Daí a importância de se construir um relacionamento saudável com os familiares

Metodologia

Baseada nas características destacadas na literatura, a população de possíveis cuidadores e seus diversos perfis será definida para o Brasil e para o México no ano 2000. As fontes utilizadas são o Censo Demográfico do Brasil em 2000 e o IPUMS para coleta dos dados do México em 2000.

Neste ponto, é necessário definir dois conceitos importantes para este estudo:

Idoso potencialmente demandador de assistência (IPDA): são os indivíduos com mais de 60 anos, residentes em domicílios particulares permanentes, com registro de algum grau de qualquer uma das deficiências ou incapacidades enumeradas pelo censo, e que para efeitos práticos, denominaremos de limitação. Neste conjunto se inclui toda a população de 80 anos e mais, uma vez que, para o Ministério da Saúde, esta idade é, por definição, um fator de risco.

Os potenciais cuidadores informais (PCI): são os indivíduos entre 18 e 79 anos sem registro de deficiência ou incapacidade, e que moram no mesmo domicílio onde existe um IPDA.

Considerando a definição de PCI, há de se reconhecer, de início, uma limitação na informação utilizada: como, de fato, no censo não existem perguntas específicas sobre o cuidador, os cuidadores informais que não vivem no mesmo domicílio do IPDA não são captados. Portanto as análises seguintes pressupõem que o PCI vive no mesmo domicílio do IPDA.

As incapacidades enumeradas para os dados do Brasil são: problema mental permanente, paralisia permanente total ou parcial, falta de uma perna, braço, mão, pé ou dedo polegar, tem dificuldade permanente de enxergar, de ouvir, e/ou de caminhar/subir escadas.

Para os dados do México, foi feito um pareamento de perguntas no sentido dos resultados terem uma melhor comparatividade com o Brasil. As questões são sobre ter ou não a incapacidade e não sua gradação como no caso do censo brasileiro. São elas: incapacidade visual, incapacidade auditiva, incapacidade que afeta os membros inferiores, que afeta os membros superiores e incapacidade mental. Existem outras questões que não foram utilizadas para este estudo, mas que também estão relacionadas às incapacidades.

Foi realizado um mapeamento dos dados, captando todos os domicílios particulares permanentes que possuem pelo menos um IPDA, identificando, também, os demais indivíduos desses domicílios como uma primeira tentativa de definir o universo dos potencialmente responsáveis

pelo cuidado do idoso necessitado. Características como sexo, idade, ocupação e estado conjugal também serão utilizados para delinear a composição familiar deste idoso que necessita de auxílio.

A fase seguinte consiste em definir os cenários futuros para estimar a composição e volume dos grupos de IPDA e PCI e está descrita a seguir. Foram utilizadas, como base para a construção dos cenários, projeções de população, e delas foram recortados os indivíduos que se encaixam nos perfis encontrados ao mapear o censo. Uma comparação do tamanho do grupo de cuidadores no futuro e também do tamanho do grupo de idosos, nos darão uma idéia de como esses dois grupos deverão interagir nos próximos anos.

Cenários da demanda de cuidadores informais

Para o desenho do cenário sobre os IPDA, existem várias teorias que apontam para diferentes caminhos que este grupo deve tomar. Uma visão considerada pessimista é a de Kramer (1980) que sugere que na falta de técnicas para reduzir a incidência de vários tipos de doenças, a prevalência continuará aumentando, uma vez que as pessoas sobrevivem mais tempo – já que o tratamento para muitas doenças permite uma vida longa, mesmo sendo portadores de algum problema de saúde – aumentando assim a taxa de prevalência na população. Este viver mais pode não indicar uma vida independente, daí o papel do cuidador se torna importante. Fries (1988) tem uma visão otimista que é a compressão da morbidade, onde a incapacidade é adiada para os últimos anos de vida, ou seja, o indivíduo vive mais tempo livre de incapacidade.

Para a construção dos cenários de demanda, utilizou-se a visão otimista e uma que chamamos de constante. A visão constante considera que não haverá mudança na proporção de IPDA, ou seja, a mesma proporção encontrada para o ano de 2000 por sexo e faixa etária será aplicada nas projeções de população para os anos seguintes. A visão otimista supõe uma redução na proporção de incapacitados nas primeiras faixas etárias fazendo com que esta incapacidade apareça em idades mais avançadas.

Cenários da oferta de cuidadores informais

Como é de se esperar, alguns domicílios tem vários indivíduos que se encaixam no perfil de PCI, e o que é feito nesta etapa é selecionar apenas aquele que será o potencial cuidador informal principal - PCIP. A opção de seleção de apenas um membro do domicílio obedece a razões operacionais. Como na realidade, mais de uma pessoa pode ser cuidadora de um idoso incapacitado, o fato de identificar aquele que poderia ser o cuidador principal, facilita a quantificação e evolução do provável universo de cuidadores. Adicionalmente, a opção por um cuidador principal, foi resultado da uma série de investigações que mostram que, mesmo tendo

várias opções de cuidadores dentro do domicílio, apenas um assume a responsabilidade principal e mais importante. Para permear esta escolha, dentro de cada domicílio investigou-se desde a relação familiar mais próxima e provável⁶ até a menos próxima e pouco provável, que irá acontecer na falta de todas as outras.

Resultados

Caracterização do grupo a ser estudado

O universo que será trabalhado para o Brasil e para o México está descrito nas duas tabelas a seguir. A TAB.1 mostra que, no Brasil, pouco mais de 7,6 milhões (ou 34,4%) de pessoas têm 60 anos ou mais e tem registro de alguma limitação de acordo com a definição - são os IPDA. Este valor já está acrescido dos indivíduos de 80 anos e mais sem registro de limitações. Neste caso se a limitação não foi declarada por ele, considera-se que ela existe e portanto, o idoso está no grupo “mais de 60 anos” e “sim” no registro de deficiência/incapacidade.

As pessoas que não registram limitações somam 12,27 milhões; deste total, se excluímos os menores de 18 anos - por não serem considerados habilitados para a função de cuidador - obtêm-se cerca de 8 milhões (36,1% do total de pessoas estudadas) de potenciais cuidadores informais - PCI, que terão obrigatoriamente entre 18 e 79 anos - já que os maiores de 80 anos foram agregados ao grupo IPDA

Tabela 1

Indivíduos que moram em domicílios com IPDA segundo registro de deficiência/incapacidade e ter mais ou menos de 60 anos de idade - Distribuição absoluta e relativa - Brasil 2000

Indivíduos que moram em domicílios com pelo menos um IPDA (em milhões)		Registro de deficiência/Incapacidade		
		Não	Sim	Total
Números absolutos	Menos de 60 anos	11.051,9	2.290,6	13.342,5
	Mais de 60 anos	1.218,2	7.631,4	8.849,6
	Total	12.270,1	9.922,0	22.192,1
Distribuição relativa (%)	Menos de 60 anos	49,8	10,3	60,1
	Mais de 60 anos	5,5	34,4	39,9
	Total	55,3	44,7	100,0

Fonte: Censo Demográfico do Brasil de 2000, IBGE

A mesma descrição feita para o México mostra que são cerca de 1,7 milhões de pessoas (28,2%) com mais de 60 anos e que possuem alguma incapacidade e todos os indivíduos maiores de 80 anos. Já neste ponto percebe-se que, mesmo existindo uma diferença no tamanho dos grupos analisados para Brasil e México - 22 milhões e 6 milhões respectivamente -

te – o mais importante é como os idosos estão distribuídos neste grupo de análise⁷.

As pessoas que não registram nenhuma limitação somam pouco mais de 4 milhões. Retirando deste grupo os menores de 18 anos – por não estarem aptos ao cuidado – restam cerca de 2.8 milhões (47,1% da população estudada); eles seriam os PCI.

Tabela 2

Indivíduos que moram em domicílios com IPDA segundo registro de deficiência/incapacidade e ter mais ou menos de 60 anos de idade – Distribuição absoluta e relativa - México 2000

Indivíduos que moram em domicílios com pelo menos um IPDA		Registro de deficiência/Incapacidade		
		Não	Sim	Total
Números absolutos	Menos de 60 anos	3.512.323	113.148	3.625.471
	Mais de 60 anos	538.765	1.637.932	2.176.697
	Total	4.051.088	1.751.080	5.802.168
Distribuição relativa (%)	Menos de 60 anos	60,5	2,0	62,5
	Mais de 60 anos	9,3	28,2	37,5
	Total	69,8	30,2	100,0

Fonte: Integrated Public Use Microdata Series (IPUMS) – International. México, 2000

Uma primeira aproximação à relação oferta/demanda de cuidado mostra que, no Brasil essa é de cerca de 1 para 1 (7,6 milhões de IPDA e 8 milhões de PCI) enquanto que no México são 0,6 idosos para cada cuidador (1,7 milhões de IPDA para 2,8 milhões de PCI). Portanto o México tem uma pequena vantagem.

Os idosos potencialmente demandadores de assistência

O grupo de IPDA precisa de uma atenção especial no que diz respeito aos seus cuidados. Por desenvolver uma dependência com outras pessoas, conhecer sua composição é fundamental para melhorar o tipo de assistência dada a ele. Espera-se encontrar as incapacidades cada vez mais tarde, e que os idosos mais jovens sejam cada vez menos, parte deste grupo. Evidentemente, não será possível eliminar todas as doenças que fazem o idoso ser dependente de alguém, mas pode-se postergá-las para que se viva um tempo maior de maneira autônoma. Neste trabalho são abordadas as capacidades de enxergar, ouvir, a deficiência física e mental.

A classificação das respostas para o México se restringe a sim ou não, ou seja, ter ou não a incapacidade. Nos dados do Brasil, existem quatro opções: incapaz, grande dificuldade permanente, alguma dificuldade permanente ou nenhuma dificuldade. Portanto, por questões de comparação, as três primeiras opções serão agrupadas. Para ambos os países, se

consideram como incapacitadas apenas as pessoas com condições **permanentes** de incapacidade.

Tabela 3
Comparação das incapacidades entre os IPDA de Brasil e México, 2000

Incapacidade	Brasil		México	
	Sim	Não	Sim	Não
Enxergar	64,0	36,0	19,6	80,4
Ouvir	33,3	66,7	13,2	86,8
Incapacidade de membros inferiores*	58,8	51,2	30,5	69,5
Incapacidade de membros superiores	-	-	4,6	95,4
Deficiências físicas	5,9	94,1	-	-
Incapacidade mental	7,1	92,9	1,8	98,2

Fonte: Censo Demográfico do Brasil, IBGE 2000. Integrated Public Use Microdata Series (IPUMS) – International. México, 2000

* No Brasil esta questão é "caminhar/subir escadas"

Embora a comparação se veja afetada em razão da forma de perguntar, observa-se que na maioria dos casos os idosos brasileiros estão em desvantagem. No total, cerca de 75% dos maiores de 60 anos, são considerados IPDA no México; no Brasil, este valor é de 86%. Vale notar também que um idoso, pode – e provavelmente irá – ter mais de uma incapacidade simultaneamente. A incapacidade do membro inferior é a que atinge a maior proporção dos IPDA nos dois países, 58,8% no Brasil e 30,5% no México. Percentualmente, poucos são acometidos de deficiências mentais, mas é um número significativo. No Brasil 7,1% das pessoas maiores de 60 anos e que são classificadas como IPDA, tem pelo menos a deficiência mental. Isso corresponde a quase 550 mil indivíduos; no México são cerca de 30 mil pessoas – 1,8% dos IPDA.

Por sexo e grupo etário, os IPDA estão divididos como apresentado na TAB. 4. Os percentuais finais são semelhantes, porém a distribuição entre as faixas etárias é mais diferenciada, sugerindo que a instalação das deficiências físicas dar-se-ia, no México, em idades mais avançadas. Gradualmente, as faixas etárias mais velhas vão tendo uma maior parcela dos IPDA, começam em 9,3% entre 60 e 64 anos e terminam com 60,4% sendo maiores que 80 anos. Entre os idosos brasileiros, esta distribuição é mais homogênea, sem demonstrar uma postergação da incapacidade.

Tabela 4
IPDA por idade e sexo, Brasil e México, 2000

Faixa etária	Brasil			México		
	Homem (%)	Mulher (%)	Total	Homem (%)	Mulher (%)	Total
60 a 64 anos	11,0	13,1	24,1	4,8	4,5	9,3
65 a 69 anos	9,4	11,5	20,9	4,7	5,1	9,8
70 a 74 anos	8,2	10,2	18,4	5,1	5,4	10,5
75 a 79 anos	6,0	7,6	13,6	4,9	5,3	10,1
80 anos e mais	9,1	13,8	22,9	26,3	34,0	60,3
Total	43,7	56,3	100,0	45,7	54,3	100,0

Fonte: Microdados do Censo Demográfico de 2000, IBGE. Integrated Public Use Microdata Series (IPUMS) – International. México, 2000

Outro aspecto importante é que 14,5% e 13,5% dos IPDA, respectivamente no Brasil e no México, vivem sozinhos, o que por definição, significa que eles não contam com nenhum cuidador informal, um vez que, o critério de seleção deste, é o fato de morarem no mesmo domicílio do demandante de cuidado. É provável que, alguns desses idosos tenham ajuda de residentes de outros domicílios, onde podem viver seus filhos ou outros familiares. De qualquer maneira, os que não se encaixam neste perfil, estarão realmente sozinhos, do ponto de vista do cuidador informal.

Para avaliar a evolução dos IPDA ao longo do tempo, foram construídos dois cenários de provável evolução deste grupo: um mantendo as proporções constantes e o outro pressupondo um razoável adiamento da incapacidade – neste, a cada período investigado, uma proporção menor de pessoas entra para o grupo IPDA, um cenário chamado de otimista. Foi aplicada uma queda de 1,5% entre 2000 e 2015; em seguida 2,5% entre 2005 e 2010 e 1,25% entre 2010 e 2015⁸. Evidentemente que isso só irá adiar o evento, porque foi definido que aos 80 anos quem ainda não declarou incapacidade será automaticamente colocado neste grupo.

Tabela 5
Incrementos quinquenais no volume dos IPDA considerando um cenário constante, Brasil e México, 2000-2015

Ano	Brasil		México	
	IPDA	Incremento (%)	IPDA	Incremento (%)
2000	7.631.427	-	1.637.932	-
2005	8.623.127	13,0	1.923.109	17,4
2010	10.064.970	16,7	2.342.481	21,8
2015	11.963.262	18,9	2.859.413	22,1
Varição do período	-	56,8	-	74,6

Fonte: Microdados do Censo Demográfico de 2000, IBGE. Integrated Public Use Microdata Series (IPUMS) – International. México, 2000

Se a proporção de IPDA se mantiver constante durante todo o período, ao final dele, os IPDA terão sofrido um incremento de 56,8% e 74,6% respectivamente para Brasil e México. Num cenário, pressupondo adiamento da incapacidade, estes incrementos reduzem para 43,2% e 39,4%.

No caso do México, no cenário constante, ao final do período seriam cerca de 2,8 milhões de IPDA, no cenário otimista este valor cai para 2,3 milhões. Ou seja, um pequeno adiamento na incapacidade diminuiu em mais de 500 mil o número de IPDA no país ao final de 15 anos - queda de 20% comparando os dois cenários. No Brasil, a diferença nos dois cenários é de cerca de 1 milhão de IPDA – queda de 10% comparando cenário constante e otimista.

Tabela 6
Incrementos quinquenais no volume dos IPDA considerando um cenário otimista, Brasil e México, 2000-2015

Ano	Brasil		México	
	IPDA	Incremento (%)	IPDA	Incremento (%)
2000	7.631.427	-	1.637.932	-
2005	8.410.648	10,2	1.809.272	10,5
2010	9.403.817	11,8	1.986.367	9,8
2015	10.926.019	16,2	2.284.085	15,0
Varição do período	-	43,2	-	39,4

Fonte: Microdados do Censo Demográfico de 2000, IBGE. Integrated Public Use Microdata Series (IPUMS) – International. México, 2000

Potenciais cuidadores informais

Os potenciais cuidadores informais – PCI – como mencionado, são os indivíduos de 18 a 79 anos que não possuem nenhuma das incapacidades já enumeradas anteriormente. No Brasil, são cerca de 8 milhões e no México são aproximadamente 2,7 milhões, separados por idade e sexo como mostra a TAB.7.

A maior concentração de PCI, no caso do Brasil, está na primeira faixa etária, 25,1% do total (destes 13,8% são homens e 11,3% são mulheres). O grupo de mulheres, comparativamente aos homens é maioria em todas as faixas etárias depois dos 40 anos.

No México, a maior concentração de PCI também está na faixa etária dos 18 aos 24 anos, 19,8% do total, sendo 9,7% homens e 10,2% de mulheres. Neste caso, em todas as faixas etárias, as mulheres superam os homens. No total geral, as mulheres são maioria dos PCI, 52,1% e 57,8%, no Brasil e no México respectivamente.

Tabela 7
PCI por idade e sexo residentes em domicílios com pelo menos um IPDA, Brasil e México, 2000.

	Brasil			México		
	Homem(%)	Mulher (%)	Total (%)	Homem (%)	Mulher (%)	Total (%)
18 a 24 anos	13,8	11,3	25,1	9,7	10,2	19,8
25 a 29 anos	7,2	6,0	13,2	5,2	5,7	10,9
30 a 34 anos	6,1	5,6	11,6	4,3	5,0	9,2
35 a 39 anos	5,2	5,1	10,3	4,0	5,0	9,0
40 a 44 anos	3,8	4,1	8,0	3,7	5,0	8,7
45 a 49 anos	2,6	3,4	6,0	3,3	4,7	8,0
50 a 54 anos	2,0	3,4	5,4	3,2	4,7	7,9
55 a 59 anos	1,5	3,7	5,2	2,4	4,3	6,6
60 a 64 anos	1,7	3,7	5,5	2,1	4,3	6,4
65 a 69 anos	1,8	2,7	4,5	1,7	3,4	5,0
70 a 74 anos	1,4	1,9	3,3	1,4	3,1	4,4
75 a 79 anos	0,8	1,1	1,9	1,1	2,7	3,8
Total	47,9	52,1	100,0	42,2	57,8	100,0

Fonte: Microdados do Censo Demográfico de 2000, IBGE. Integrated Public Use Microdata Series (IPUMS) – International. México, 2000

* PCI moradores em domicílios com pelo menos um IPDA

Estes resultados reforçam a idéia de que as mulheres são maioria entre o grupo que despende o cuidado. Nos últimos grupos etários percebe-se uma diferença grande entre a participação dos homens e das mulheres. Pode-se atribuir isto ao fato de que, se nestas idades mais velhas considerarmos que os cuidados são de responsabilidade do parceiro, na maioria das vezes, é muito mais comum encontrarmos esposas cuidando

de seus maridos do que o contrário. E também porque muitos homens estarão debilitados, incapazes de ajudar no cuidado de alguém. Como as mulheres destas coortes se casavam, geralmente, com homens mais velhos, eles provavelmente morrerão antes delas.

Potencial cuidador informal principal

Para estimar indiretamente a oferta de PCI, é melhor utilizar o conceito de PCI principal – PCIP, ou seja, a escolha de apenas uma pessoa no domicílio com IPDA. Como já exposto na metodologia, esta escolha segue alguns aspectos já pesquisados na literatura e em evidências qualitativas que permitem construir um quadro de probabilidades de escolher determinados indivíduos no domicílio (para mais detalhes ver Ferreira, Á. R. S. (2007)).

Um exemplo da forma de selecionar o provável principal cuidador a partir dos dados de um censo é descrita no Quadro 1, para os casos em que o idoso que potencialmente precisa de cuidado é o chefe do domicílio ou cônjuge.

A posição no domicílio do IPDA mais freqüente é a de chefe, 62,7% e 57,5%, no Brasil e México respectivamente. Nestes casos o cuidador será o cônjuge e na falta dele, outras pessoas terão que assumir, seguindo a metodologia proposta - de escolher o cuidador entre a relação mais próxima e provável até a menos próxima e provável. A saber que, as mulheres são mais propícias a assumir o cuidado, e este só é feito pelo homem na ausência de qualquer figura feminina.

Dentre os pouco mais de 8 milhões de PCI no Brasil, restaram 3.685.858 PCIP que representam cerca de 46% do grupo de PCI anteriormente analisado. Com base apenas neste valor, já se pode inferir inicialmente que em 2000, a proporção de cuidador-idoso é de praticamente 2,1 idosos para cada cuidador, diferente da relação inicial PCHIPDA de cerca de 1:1.

Dentre os 2,7 milhões de PCI no México, restaram 1.186.730 PCIP que representam cerca de 43% do grupo de PCI analisado em princípio, redução muito semelhante ao que aconteceu no Brasil. Porém ao relacionar esta população com os IPDA, a razão PCIP-IPDA é de 1,4 idosos para cada cuidador, anteriormente a relação era de 0,6 idosos para cada cuidador, ou seja, sobravam cuidadores, agora, com a seleção de apenas 1, estes não são suficientes.

Filhas (os) e cônjuges dos IPDA são os mais freqüentes cuidadores em ambos os países. No Brasil as filhas e esposas somam 56,4% do total de cuidadores; no México este grupo detém 61,5% do total. É importante constatar que, sendo cuidador por um tempo longo, ou lidando com problemas de saúde mais graves, muitas vezes este indivíduo abre mão da formação da própria família, que por conseqüência teria papel fundamental no seu futuro, quando for ele, o necessitado de assistência.

Quadro 1
Identificação do PCI principal

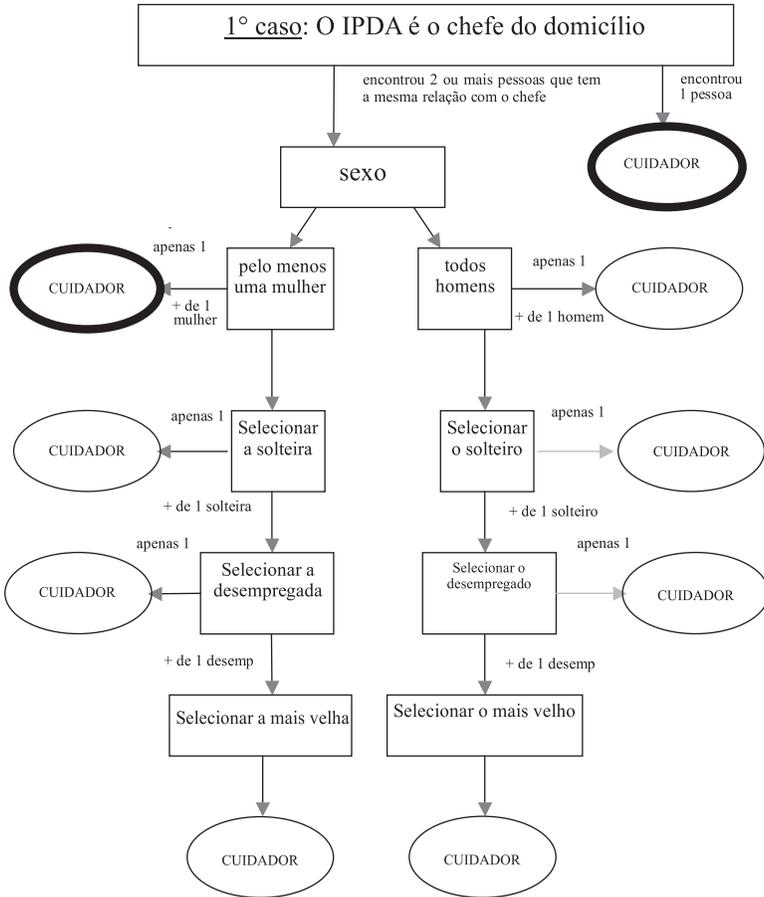


Tabela 8
Distribuição por idade e sexo dos PCIP e proporção em relação ao grupo etário da população total no Brasil e México, 2000

Faixa etária	Brasil - 2000		México - 2000		Brasil - 2000		México - 2000	
	Homem	Mulher	Homem	Mulher	Homem(%)	Mulher(%)	Homem(%)	Mulher(%)
18 a 24	219.950	293.071	20.224	114.648	1,9	2,5	0,3	1,7
25 a 29	118.859	188.479	13.061	64.503	1,8	2,7	0,3	1,5
30 a 34	112.089	214.030	15.562	62.601	1,8	3,2	0,5	1,6
35 a 39	108.865	229.812	17.586	72.425	1,8	3,7	0,6	2,1
40 a 44	89.547	217.230	20.301	75.648	1,8	4,0	0,8	2,8
45 a 49	65.136	203.765	17.736	76.990	1,6	4,5	0,9	3,6
50 a 54	56.069	224.691	18.471	83.763	1,7	6,2	1,1	4,7
55 a 59	52.819	260.087	15.332	86.629	2,1	9,1	1,2	6,4
60 a 64	89.645	268.811	20.768	97.426	4,2	11,0	1,9	8,3
65 a 69	109.796	198.502	23.185	80.548	6,8	10,3	2,9	8,9
70 a 74	92.586	138.607	24.721	75.567	7,5	9,2	4,1	11,2
75 a 79	55.255	78.157	22.566	66.469	7,1	7,9	5,4	14,3
Total	1.170.616	2.515.242	229.513	957.217	2,3	4,6	0,9	3,2

Fonte: Microdados do Censo Demográfico de 2000, IBGE. Integrated Public Use Microdata Series (IPUMS) – International. México, 2000

* PCIP são moradores de domicílios com pelo menos um IPDA

Avaliando a contribuição isolada de cada grupo etário, ou seja, a proporção de determinado grupo etário que é cuidador, observa-se que no Brasil os homens entre 70 e 74 anos são maioria - 7,5% de todos os homens entre 70 e 74 anos são potenciais cuidadores. Entre as mulheres existe a predominância do mesmo grupo, 10,3%. No México, entre os homens, predominam os da faixa etária de 75 a 79 (5,4%) anos assim como entre as mulheres (14,3%). A participação feminina é cerca de 100% maior do que a dos homens no caso do Brasil e 255% maior no México.

Esta mesma proporção apresentada acima, foi aplicada às projeções dos dois países por sexo e faixa etária nos anos de 2005, 2010 e 2015. A evolução do total de PCIP está apresentada na TAB.9 a seguir.

Tabela 9
Incrementos quinquenais no volume dos PCIP considerando
um cenário constante, Brasil e México, 2000-2015

Ano	Brasil		México	
	PCIP	Incremento(%)	PCIP	Incremento(%)
2000	3.685.858	-	1.186.730	-
2005	4.141.898	12,4	1.425.367	20,2
2010	4.624.711	11,7	1.629.947	14,4
2015	5.141.036	11,7	1.863.675	14,3
Varição do período	-	39,5	-	57,0

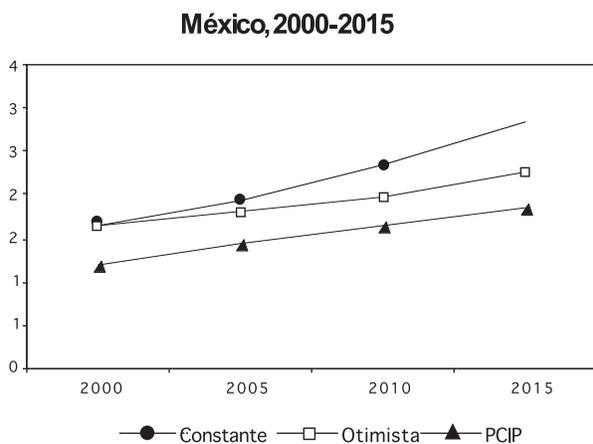
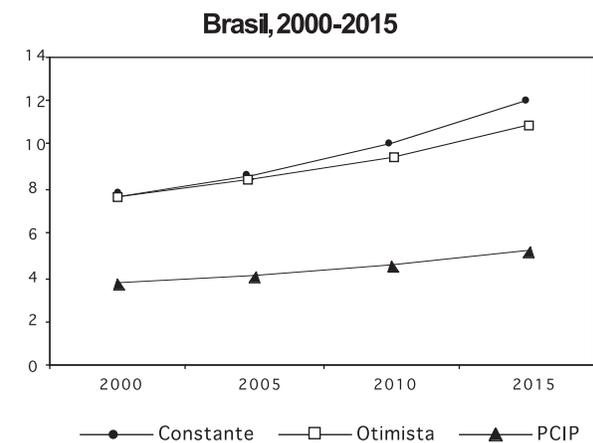
Fonte: Microdados do Censo Demográfico de 2000, IBGE. Integrated Public Use Microdata Series (IPUMS) – International. México, 2000

Nos próximos 10 anos, tanto a população do Brasil quanto do México ainda estarão num processo de crescimento positivo, mesmo que cada vez mais lento. Por isso, aplicando uma taxa de cuidadores sempre constante na população, observar-se-á um aumento também nos PCIP. Mas é importante notar também que, a taxa de incremento vai se estabilizando com o passar do tempo, uma prova de que estes grupos já estão sentindo os efeitos do envelhecimento populacional.

Comparações entre os PCIP e os IPDA

Unindo-se os resultados dos cenários de IPDA e PCIP, é possível observar o comportamento conjunto destes dois grupos ao longo do tempo. As figuras a seguir mostram que existe uma distância cada vez maior entre os IPDA e os PCIP. No México, a distância é menor entre os grupos – IPDA e PCIP - se comparado ao Brasil, ou seja, são necessários menos cuidadores para cada idoso. Os gráficos da FIG. 1 abaixo mostram esse comportamento - as linhas de PCIP e IPDA estão mais distantes para o Brasil.

Figura 1
População de PCIP e IPDA nos cenários constante e otimista, Brasil e México, 2000-2015



Representando estes grupos através de uma razão IPDA/PCIP é possível analisar a velocidade em que os IPDA e PCIP se afastam no período de 2000 a 2010. A TAB. 10 apresenta estas relações.

Tabela 10
Razão IPDA-PCIP nos cenários constante e otimista,
Brasil e México, 2000-2015

Ano	Brasil		México	
	IPDA otimista/PCIP	IPDA constante/PCIP	IPDA otimista/PCIP	IPDA constante/PCIP
2000	2,07	2,07	1,38	1,38
2005	2,03	2,08	1,27	1,35
2010	2,03	2,18	1,22	1,44
2015	2,13	2,33	1,23	1,53

Fonte: Microdados do Censo Demográfico de 2000, IBGE. Integrated Public Use Microdata Series (IPUMS) – International. México, 2000

É importante lembrar que o cenário otimista considera que haverá um adiamento dos eventos de morbidade e, portanto, o incremento será maior no último grupo etário e menor nos primeiros. No cenário constante, o máximo encontrado em 2015 é 2,33 e 1,53 idosos para cada cuidador no Brasil e no México, respectivamente. Uma melhora nas condições dos idosos e estas proporções caem para 2,13 e 1,23 idosos por cuidador. A situação no México é nitidamente melhor que no Brasil, proporcionando a este país, a possibilidade de ainda trabalhar com cenários mais animadores para a relação idoso-cuidador.

Como a população de onde se extrai o IPDA está crescendo mais rápido que a população de onde se extrai o PCIP, a tendência é a acentuação da diferença entre ambos ao longo do tempo.

Considerações finais

À medida que os idosos vivem por mais tempo, a figura do cuidador se faz mais necessária. Mais especificamente, o cuidador informal, que geralmente é um familiar não pago por isso. Estudos já realizados no Brasil e no mundo, mostram que os cuidados dispensados aos idosos vêm em grande parte das mulheres e isso se confirmou neste trabalho tanto para o Brasil como também para o México.

Uma preocupação é a de que, com as famílias cada vez menores e as relações mais frágeis, as chances de se ficar sozinho ao envelhecer aumentam consideravelmente. Nem todos se casam ou têm filhos, diminuindo suas chances de ter um familiar disponível para cuidar de seu bem estar. Por outro lado, considerando este panorama futuro de famílias reduzidas, existe uma grande possibilidade de a figura do cuidador ter uma característica muito diferente num futuro próximo. Na ausência de filhos, outras relações deverão surgir para assumir o papel de cuidador.

Este estudo procurou, de maneira indireta, estimar o volume de potenciais cuidadores, assim como, indiretamente, também, qualificar o perfil do mesmo. Um ponto importante a considerar, no entanto, é a definição utilizada sobre limitação física/mental e suas diferenças de coleta da informação nos dois países. Por fazerem parte de um questionário que nem sempre é respondido pelo próprio indivíduo - numa família apenas uma pessoa acaba por relatar todas as características de todos os que a compõem - as chances de erro na declaração são consideráveis. Pesquisas mais específicas se tornam necessárias com a finalidade de avaliar em que medida, as diferenças encontradas devem-se a diferenças metodológicas ou a situações menos vantajosas num dado país.

De qualquer maneira as evidências apresentadas sugerem que, demograficamente, a oferta e demanda de cuidadores informais dentro das famílias aumentará de maneira desproporcional, distanciando cada vez mais os dois grupos. Não apenas isso, mas o aumento da população acima de 60 anos numa velocidade superior ao aumento da população adulta mais jovem, já é motivo de preocupação, uma vez que, é desta última que surgem os cuidadores, independentemente de serem ou não familiares.

Outra questão que não é levantada por este trabalho, são os idosos que vivem sozinhos e são incapacitados. A sobrevivência destes depende de cuidadores fora do domicílio, grande parte deles, sem dúvida, se encaixariam na definição de PCI ou ainda de PCIP a não ser pelo fato de não compartilhar o mesmo domicílio com o idoso incapacitado. Este tipo de formação (o domicílio unipessoal), como já dito anteriormente, será cada vez mais preponderante e para estudos futuros, deverá ser mensurada de alguma maneira. Por isso, é de extrema importância estudos mais específicos, que sejam capazes de captar essas interações entre domicílios.

Entre as intervenções que se fazem necessárias, em caráter urgente, estão as que visam adiar a instalação de incapacidade na população idosa. Com a maior longevidade, o desafio é promover um envelhecimento mais ativo, para que se viva mais tempo sem a incapacidade e por consequência sem necessidade de ajuda por parte de outras pessoas.

De qualquer maneira, todo o Estado, e aqui, incluída a Sociedade, deve se preparar para oferecer uma estrutura que permita a esse idoso viver sua independência e ter o amparo necessário quando o atinja a incapacidade. Se a previdência social pública é, hoje, incapaz de dar suporte econômico universal aos idosos, o será mais ainda num futuro muito próximo, devido ao já mencionado acelerado processo de envelhecimento populacional e pelos motivos atuariais já conhecidos. Se no caso do Brasil, a cobertura previdenciária oscila em torno de 90%, este não é certamente, o caso do México. Por esta razão, urge implementar soluções alternativas nas quais todos os atores devem se envolver, tanto o Estado, como a comunidade e a família. A iniciativa privada também tem sua res-

ponsabilidade e deve ajudar neste processo de adequação ao novo modelo de sociedade.

Notas

- ¹ Trabalho apresentado no III Congresso da Associação Latino Americana de População, ALAP, realizado em Córdoba - Argentina, de 24 a 26 de Setembro de 2008.
- ² Prefeitura de Belo Horizonte. E-mail: alida_ferreira@yahoo.com.br
- ³ Departamento de Demografia do Cedeplar/UFMG. E-mail: lwong@cedeplar.ufmg.br
O presente trabalho contou com o suporte da Conselho Nacional de Pesquisa e Tecnologia (CNPq) do Brasil e da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG).
- ⁴ Por exemplo a pesquisa SABE, Pesquisa de Saúde, bem-estar e envelhecimento, que investigou as condições de vida dos idosos em sete cidades da América Latina e Caribe no ano 2000. Foi idealizada pela OPAS (Organização Pan-Americana de Saúde) em convênio interagencial integrado pela Comissão Econômica para América Latina e o Caribe (CEPAL), o Fundo de População das Nações Unidas (FNUAP), o Programa de Envelhecimento das Nações Unidas, a Organização Internacional do Trabalho (OIT) e o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID). Em cada um dos países onde a pesquisa foi realizada contou com a ajuda de grupos de pesquisas locais ou governamentais.
- ⁵ É um estudo de coorte sobre a saúde dos idosos (60 anos e mais) residentes na cidade de Bambuí – MG. Iniciou-se em 1996 e, anualmente, a pesquisa e consultas à declarações de óbitos são feitas.
- ⁶ Por exemplo, no caso do IPDA ser o chefe o mais provável cuidador é o cônjuge ou companheiro (a), na falta deste seguimos para os filhos sendo que a preferência é por mulheres. No caso de haver mais de uma filha, passa-se para o próximo critério e assim por diante. Não tendo mulheres seleciona-se entre os homens o cuidador e segue da mesma maneira. Ver mais detalhes em Ferreira, A. R. S. (2007).
- ⁷ As pessoas que não são classificadas como IPDA e que aparecem neste estudo, necessariamente vivem com pelo menos um IPDA. No México a contribuição de IPDA para o domicílio é menor que no Brasil, pois sua porcentagem de IPDA é ligeiramente menor.
- ⁸ Estes valores foram aplicados baseando-se em trabalhos feitos em outros países e em tendências temporais de variação de prevalência de incapacidade de países como os Estados Unidos (NHIS, 2007).

Bibliografia

- BIALIK, R. (1992) Family care of the elderly in Mexico. In: Kosberg, J.I (Org). *Family care of the elderly: social and cultural changes*. Newbury Park: Sage, p.31-46.
- CAMARANO, A. A.; Ghaouri, S. K. E (2002) Famílias com idosos: ninhos vazios? In: Encontro Nacional de Estudos Populacionais, 13, 2002. Ouro Preto, MG. *Vivências, o Estado e a Qualidade de Vida da População Brasileira*. [Campinas, SP]: ABEP. (Disponível em CD-ROM)

- CATTANI, R.B.; Girardon-Perlini, N.M.O. (2004) Cuidar do idoso doente no domicílio na voz de cuidadores familiares. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v.6, n. 2, p.254-271.
- CELADE. Centro Latino Americano y Caribeño de Demografía. División de Población: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2008). *Projeções e estimaciones para os países da América Latina e Caribe 1950-2050*. Disponível em: < <http://www.eclac.cl/celade/proyecciones/xls/MEXpobto.xls>>. Acesso em 27 de junho.
- CHAPPEL, N.L. (1992) Aging and social care. In: Binstock, R. H.; George, L. K. (Orgs). *Aging and the social sciences*. 3. ed. New York: Academic, 1990. p. 438-454 *apud* Kosberg, J.I. An international perspective on family care of the elderly: an introductory overview. In: Kosberg, J.I (Org). *Family care of the elderly: social and cultural changes*. Newbury Park: Sage, p.1-13.
- DEL CAMPO, R.; Del Campo, D.; Deleon, M. (2000) Caring for aging family members: implications and resources for family practitioners. *The Forum for Family and Consumer Issues*, v.5, n 2, July.
- FERREIRA, A.R.S.F (2007) *Perspectivas da oferta de cuidadores informais da população idosa, Brasil 2000-2015*. 2007, 118 f. Dissertação (Mestrado em Demografia) – Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
- FRIES, J. F. (1988) Aging, illness and health policy: implications of the compression of morbidity. *Perspectives in Biology and Medicine*, v. 31, n. 3, p. 407-428.
- GIACOMIN, K.C.; Uchoa, E.; Lima-Costa, M.F.F. (2005) Projeto Bambuí: a experiência do cuidado domiciliário por esposas de idosos dependentes. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 21, n. 5, p. 1509-1518, set-out.
- GIMÉNEZ, D.M. (2004) Género, previsión y ciudadanía social em América Latina. *Cuadernos de la Cepal*, n. 90, p. 99-150, oct.
- IBGE (2002) *Censo demográfico de 2000: microdados da amostra*. Rio de Janeiro: IBGE. (Disponível em CD-ROM)
- IPUMS (2008) Integrated Public Use Microdata Series — International <<https://international.ipums.org/international/>>. Acesso: 12 abr.
- KARSH, U.M. (2003) Idosos dependentes: famílias e cuidadores. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 19, n. 3, p. 861-866, maio/jun.
- KINSELLA, K.; Velkoff, V.A. (2001) *An aging world: 2001*. Washington DC: US Census Bureau. Disponível em: <<http://www.census.gov/prod/2001pubs/p95-01-1.pdf>>
- KRAMER, M. (1980) The rising pandemic of mental disorders and associated chronic diseases and disabilities. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, v. 62, suppl. 285, p. 282-297.
- NHIS. National Health Interview Survey (USA) 1997-2005 (2007) Disponível em: <<http://209.217.72.34/aging/ReportFolders/ReportFolders.aspx>> Acesso: 15 out.
- POOL, I. Wong, L. R. e Vilquin E. (2006) *Age-structural Transitions: Challenges for Development 2006* CICRED - Committee for International Cooperation in National Research in Demography – Paris. 385 pgs. <http://www.cicred.org/Eng/Publications/pdf/AgeStructural-Book.pdf> Acesso: 16 out. 2007

- SLUZKI, C. (2000) Social networks and the elderly: conceptual and clinical issues and a family consultation. *Family Process*, v. 39, n. 3, p. 271-284.
- VILELA, A.B.A.; Meira, E.C.; Souza, A.S.; Souza, D.M.; Cardoso, I.S.; Sena, E.L.S.; Gonçalves, L.H.T. (2006) Perfil do familiar cuidador de idoso doente e/ou fragilizado do contexto sociocultural de Jequié – BA. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v.9, n. 1. Disponível em: <http://www.unati.uerj.br/tse/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232006000100005&lng=pt&nrm=iso>
- YAZAKI, L.M.; Melo, A.V.; Ramos, L.R. (1991) Perspectivas atuais do papel da família frente ao envelhecimento populacional: um estudo de caso. *Informe demográfico*, n. 24, p. 109-129, jun.

CHILE, BRASIL E EQUADOR: UMA PERSPECTIVA DA SOBREVIVÊNCIA DOS FILHOS À VELHICE DAS MÃES NO CONTEXTO LATINO-AMERICANO¹

Regiane Lucinda de Carvalho²

Laura Rodríguez Wong³

Envelhecimento e diminuição da fecundidade: implicações sobre as transferências familiares intergeracionais

A transição demográfica é um processo que está próximo de ser finalizado em grande parte dos países desenvolvidos e em curso na maioria dos países em desenvolvimento, incluindo países da América Latina e Caribe. Entretanto, há grande heterogeneidade entre esses países no que se refere ao comportamento demográfico (Chackiel e Schkolnik, 2004). Ainda assim, seja com maior ou menor intensidade, os países latino-americanos e caribenhos estão vivenciando ao longo das últimas décadas uma situação de diminuição das taxas de mortalidade e de fecundidade. O envelhecimento e a redução do número médio de filhos, resultantes das mudanças nas componentes demográficas, têm sido responsáveis por importantes modificações na estrutura etária populacional e também na composição familiar.

Além de mudanças em sua composição, e principalmente no tamanho, a família também passa por mudanças na definição do papel social de seus membros, causadas por transformações culturais e econômicas, que podem comprometer as trocas intergeracionais. O aumento da educação e da participação feminina no mercado de trabalho, por exemplo, faz com que as mulheres, tradicionalmente as cuidadoras dos dependentes da família, disponham de menos tempo para se dedicarem a essa tarefa (Goldani, 1999). Essas mudanças, juntamente com a situação de carência com que sobrevive parcela da população adulta, completam a conjuntura restritiva de transferência de ajuda de filhos adultos para pais idosos (Saad, 1999).

Sabe-se que as transferências familiares prestadas aos idosos dependem de uma série de variáveis sendo a co-residência e o número de filhos vivos diretamente associados à probabilidade de o idoso receber ajuda funcional ou instrumental (Knodel et al, 1992; Hareven, 1994; Saad, 1999; Zimmer e Kwong, 2001; Ferreira, 2006). Embora, em alguns países, os idosos possam contar com transferências proveniente do setor público, parte significativa das transferências é, em geral, provida por membros da família, seja como ajuda monetária direta, seja - muito freqüentemente - como apoio emocional ou cuidados físicos (Saad, 1999; Kinsella e Velkoff, 2001; Camargos, 2004). Esta realidade aplica-se a países em desenvolvimento de forma mais acentuada que em outros contexto

Dadas as alterações no tamanho e estrutura familiar e o crescimento da população idosa verificados há algum tempo em países desenvolvidos e, mais recentemente, também nos países em desenvolvimento, o objetivo deste trabalho é quantificar a redução do número de filhos sobre a composição da família do idoso. Embora o número de filhos não seja um indicador garantido para mensurar a ajuda recebida pelos pais idosos, supõe-se que seja um bom indicador do potencial cuidado recebido pelos pais.

Com base na experiência feita para um país Coréia do Sul (Bryant, 2000), projetou-se o número de filhos sobreviventes das idosas em três países latino-americanos que se encontravam em momentos diferentes da transição demográfica em 2000: Chile, Brasil e Equador. Chile que já apresentava fecundidade abaixo do nível de reposição (2,0 filhos por mulher); Brasil como exemplo de uma das populações de mais rápida transição demográfica (2,3 filhos por mulher) e Equador, que possuía uma das maiores taxas de fecundidade da região (2,8 filhos por mulher). Além das diferenças nas taxas de fecundidade e em outros indicadores demográficos, estes países também se diferenciam quanto às distintas fontes de suporte que o idoso pode esperar receber em sua velhice.

Este trabalho organiza-se em quatro sessões incluindo esta introdução. A próxima sessão apresenta os dados e métodos utilizados; na terceira sessão, são apresentados os principais resultados e na quarta e última sessão, discute-se comparativamente os resultados obtidos, as lacunas do método e possíveis avanços do estudo.

Projetando o número de filhos sobreviventes das idosas

Em linhas gerais, a metodologia estima o número de filhos sobreviventes das idosas a partir do número de filhos que as mulheres têm e que possam vir a ter antes do final de seu período reprodutivo. Pressupondo que existe uma grande probabilidade de estes se tornarem fonte de apoio da velhice destas mulheres.

Dados

Uma das grandes vantagens desse modelo de projeção é que os dados necessários para reproduzir a projeção são facilmente obtidos para um grande número de países. Neste estudo, os dados utilizados provêm de duas fontes básicas: os censos demográficos nacionais mais recentes (Chile, 2002; Brasil, 2000; Equador, 2001) e as estimativas e projeções populacionais calculadas pelo Centro Latino-Americano e Caribenho de Demografia (CELADE) para o período 2000-2025 (CELADE, 2007).

A partir dos dados dos censos populacionais, disponibilizados pelo *Integrated Public Use Microdata Series* (IPUMS), foram calculadas, para o ano de referência do censo, informações para grupos quinquenais de idade referentes à:

- a) distribuição das mulheres com idades entre 35 anos ou mais, segundo número de filhos vivos (de 0 a 14 ou mais filhos);
- b) proporção de mulheres de 35 a 49 anos alguma vez unidas (casadas, unidas, divorciadas, separadas ou viúvas);
- c) proporção de mulheres de 35 a 49 anos alguma vez unidas que nunca tiveram filho nascido vivo.

Estimativas futuras foram obtidas das projeções feitas pelo CELADE (considerando as hipóteses médias):

- a) as taxa específica de fecundidade (TEF) das mulheres de 35 a 49 anos para calcular os possíveis nascimentos nos quinquênios entre 2000 e 2015;
- b) população feminina de 35 anos e mais por grupo etário quinquenal para o período 2000-2025;
- c) população de ambos os sexos de 0 a 89 anos por grupo etário quinquenal para o mesmo período.

A probabilidade de morte por grupos de idade foi calculada a partir da sobrevivência da coorte entre um intervalo e outro. Por exemplo, se $N(t)$ é a população de uma coorte no tempo t , $N(t+5)$ é a população dessa mesma coorte no tempo $t+5$ e $p(t,5)$ é a probabilidade de sobrevivência entre o tempo t e o tempo $t+5$, então $p(t+5) = N(t+5)/N(t)$. A probabilidade de morte entre o tempo t e o tempo $t+5$ será $1-p(t+5)$. Estas relações, estimadas utilizando a população já projetada sobrevivente, incorpora o efeito migratório que, na aplicação feita, pode ter um papel de relevância na composição familiar dos idosos. Os indicadores de fecundidade e mortalidade encontram-se no Anexo.

Método

O método de projeção adotado foi desenvolvido por Bryant (2000) e validado para a Coréia do Sul. Consiste em estimar o total de filhos vi-

vos que as mulheres terão quando atingirem a velhice (60 anos ou mais). O número de filhos vivos das idosas depende não só das taxas específicas de fecundidade vivenciadas durante seu período reprodutivo, mas também da probabilidade de que os filhos nascidos vivos sobrevivam até a idade adulta. Assim, o modelo estima a probabilidade de que os filhos das mulheres que tinham 35 anos ou mais no momento inicial da projeção sobrevivam pelos próximos 25 anos, quando essas mulheres completarão 60 anos ou mais.

Para isso, dois tipos de matriz de transição são utilizados: um para filhos que já haviam nascido no início da projeção e outro para filhos nascidos durante cada intervalo da projeção. No primeiro caso (*Existing children*), são calculadas matrizes para a probabilidade de que uma mulher com i filhos vivos no tempo t tenha j filhos vivos no tempo $t+5$, ignorando os filhos nascidos entre o tempo t e $t+5$. Esses cálculos iniciam-se com as mulheres de 35 anos e são repetidos até que elas completem 95 anos ou mais. Essa probabilidade é calculada pela distribuição de filhos vivos por idade e pela probabilidade de sobrevivência em cada idade.

No segundo caso (*New children*), as matrizes indicam a probabilidade de que uma mulher com i filhos no início do tempo t tenha um filho e que este sobreviva até o final do período. Utilizam-se três matrizes para a coorte que possuía 35 a 39 anos, duas matrizes para a coorte 40 a 44 anos e uma para a coorte 45 a 49 anos. O número de nascimentos durante o intervalo é calculado pela taxa específica de fecundidade (TEF) no final do período reprodutivo (35 a 49 anos). Multiplicando o número de novos nascimentos pela probabilidade de que um recém-nascido sobreviva até o fim dos próximos intervalos, obtém-se a probabilidade que uma mulher tenha um filho vivo extra ao fim do intervalo. O cálculo do número de novos filhos é baseado no pressuposto de que nenhuma mulher possui mais de um filho nascido vivo durante um intervalo de cinco anos. Esse pressuposto é aceitável quando as coortes projetadas estão próximas do fim de seus períodos reprodutivos ou quando o modelo é aplicado para populações no estágio final da transição demográfica ou que já passaram pela mesma, caso do Brasil e do Chile. Mesmo no caso do Equador, cuja fecundidade estimada encontrava-se em torno de três para 2004, acredita-se que este pressuposto não afete significativamente os resultados.

Outro pressuposto para o cálculo dessas matrizes é que mulheres nunca unidas até os 35-39 anos têm probabilidades próximas de zero de se casar e ter filhos antes do final do seu período reprodutivo. No caso do Brasil, esse pressuposto parece razoável já que aproximadamente 96% das mulheres que se casam o faz até os 39 anos (IBGE, 2000). No Equador e no Chile, esse pressuposto também é aceitável já que a idade média a primeira união nesses países é baixa: em torno de 22 anos e 23,5 anos, respectivamente (García e Rojas, 2004) o que indica que o padrão de formação de união se finaliza rápido. Pressupõe-se ainda que a chance de uma

mulher de 35 anos ou mais ter outro filho ou a chance de que um de seus filhos morra antes que ela complete 60 anos são pequenas, já que no estágio avançado da transição demográfica as taxas de fecundidade e mortalidade são baixas e variam pouco. De fato, ao atingir 35 anos a mulher brasileira tem completado quase 90% do total da sua fecundidade esperada (Wong, 2000). De acordo com a estimativa do CELADE para o quinquênio 2000-2005, no Chile e Equador pouco menos de 85% da fecundidade de período corresponde a mulheres abaixo desta idade (Tabela 2, do Anexo). Logo, pode-se considerar que o número de filhos que uma mulher possui aos 35 anos é uma boa aproximação do número de filhos que ela terá ao terminar seu período reprodutivo.

Um pressuposto adicional é o de que as populações dos países estudados comportar-se-ão como populações fechadas, ou seja, não haverá movimento migratório internacional durante o período projetado. Entretanto, segundo estimativas do CELADE, esse pressuposto não é verificado para o Chile, já que as projeções indicam saldo migratório positivo até o ano 2015, inclusive para a população menor de 10 anos. Como a imigração ocorre, principalmente, até os 34 anos, a projeção não é diretamente afetada já que considera apenas a fecundidade das mulheres de 35 anos ou mais em 2000. No Equador, as estimativas indicam uma emigração internacional de jovens de 15 a 44 anos, principalmente de 15 a 29 anos, no período 2000-2010. Outras fontes sugerem que a emigração permaneceria até, pelo menos, 2050⁴. Neste caso, a emigração diminuiria o número de filhos que as idosas de fato teriam para lhes auxiliar, já que alguns deles estariam fora do país. O Brasil parece ser, dentre os três, o país para o qual o pressuposto de população fechada é mais razoável, principalmente em se tratando de população acima de 35 anos.

A forma de incorporar os movimentos migratórios nesta metodologia foi, como mencionado, estimar as probabilidades de sobrevivência a partir das projeções já disponíveis. Desta forma, os sobreviventes num dado período são, também, o resultado da emigração/imigração implícita nessas projeções.

Resultados comparados: Chile, Brasil, Equador

Se a sobrevivência das mães e dos filhos e a fecundidade das mulheres que se encontram no final do período reprodutivo se mantiverem nos níveis estabelecidos pelas estimativas do CELADE, os resultados obtidos através de simulações feitas neste trabalho assinalam que o estoque dos filhos, potenciais cuidadores dos pais na velhice, estará em contínua diminuição. Observa-se, principalmente no Chile e Brasil, progressiva concentração de mulheres idosas com dois ou três filhos vivos, como pode ser visualizado através dos Gráficos 1 e 2, que apresentam a distri-

buição das mulheres idosas (60 a 69 anos e 70 anos e mais) segundo o número de seus filhos sobreviventes para Chile, Brasil e Equador.

No Chile, a proporção de mulheres sem filhos ou com apenas um filho não se alterará muito no período, contudo a proporção de mulheres com dois filhos dobrará, passando de 15% para 30%. No Brasil, a proporção de mulheres com apenas um filho aumentará de 8%, em 2000, para 14% em 2025; a proporção de mulheres com dois filhos vivos mais que duplicará, passando de 12% para 28% e a proporção de mulheres com três filhos aumentará de 12% para 22%. Complementarmente, nota-se que as mulheres com mais de quatro filhos apresentam tendência de queda, sendo esta mais acentuada no Chile que no Brasil.

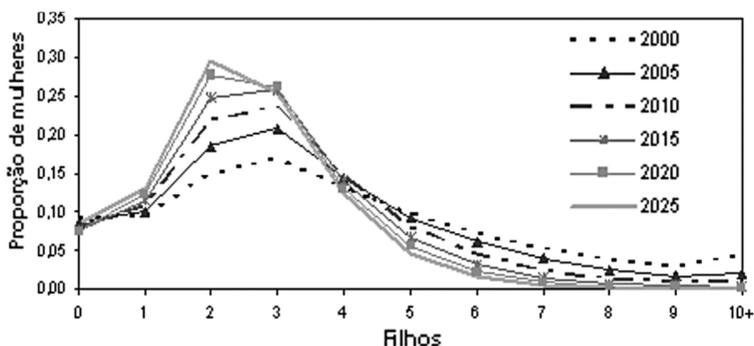
Dos três países, o Equador é o que apresenta, tanto no início da projeção como em 2025, distribuição de mulheres por número de filhos sobreviventes menos concentrada. Ainda assim, é o país que terá a maior variação relativa de mulheres com até três filhos, passando de 30% em 2000 para 58% em 2025, ou seja, um aumento de 48,7%. No Equador, ao contrário do Brasil e Chile, a maioria das mulheres idosas (21%) terá três filhos vivos em 2025. A proporção de idosas com até quatro filhos ainda aumentará até o final da projeção e a proporção de mulheres com mais de cinco filhos irá diminuir; mas, ainda assim, cerca de um quarto das idosas equatorianas terá cinco ou mais filhos em 2025.

Em síntese, no final do período projetado (2025), cerca de 58% das equatorianas, 68% das chilenas e 75% das brasileiras de 60-69 anos terá no máximo três filhos vivos enquanto a proporção de mulheres com cinco ou mais filhos diminui.

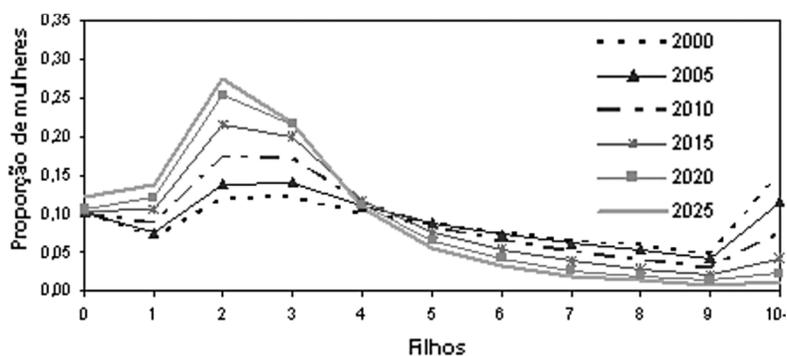
Gráfico 1

Distribuição proporcional (%) de mulheres de 60 a 69 anos pelo número de filhos sobreviventes: Chile, Brasil, Equador - 2000-2025.

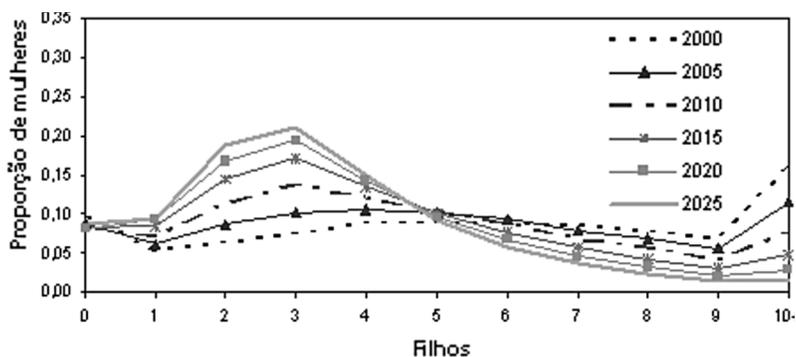
A) Chile



B) Brasil



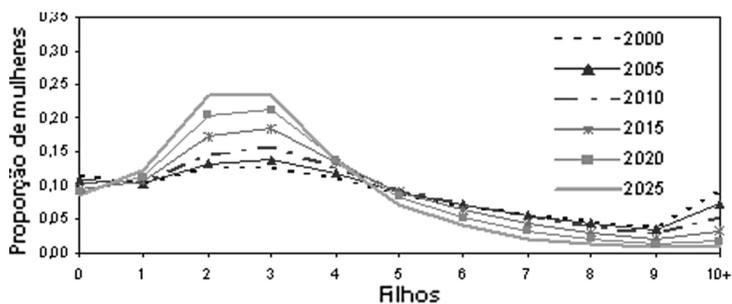
C) Equador



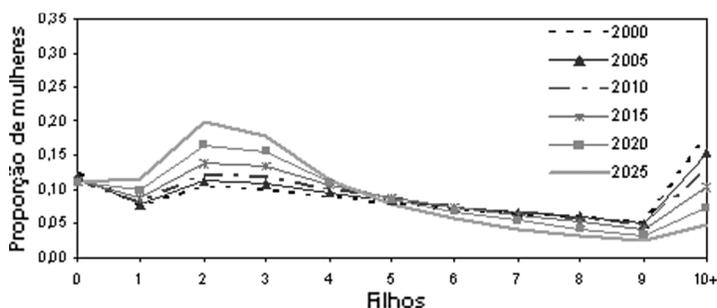
Fonte: IPUMS, 2008; CELADE, 2007.

Gráfico 2
Distribuição proporcional (%) de mulheres de 70 anos e mais pelo número de filhos sobreviventes: Chile, Brasil, Equador - 2000-2025.

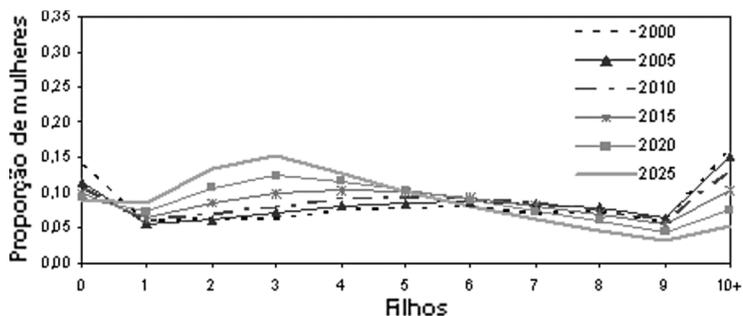
A) Chile



B) Brasil



C) Equador



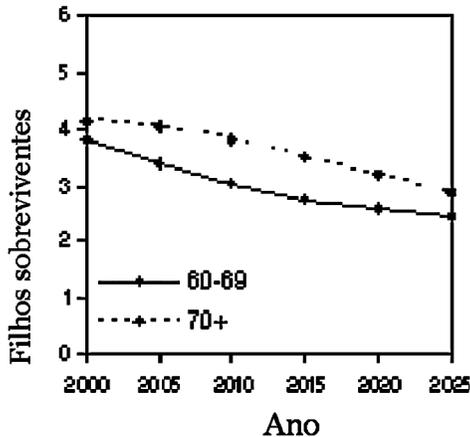
Fonte: IPUMS, 2008; CELADE, 2007.

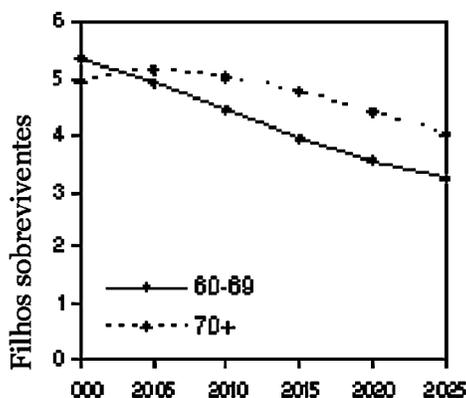
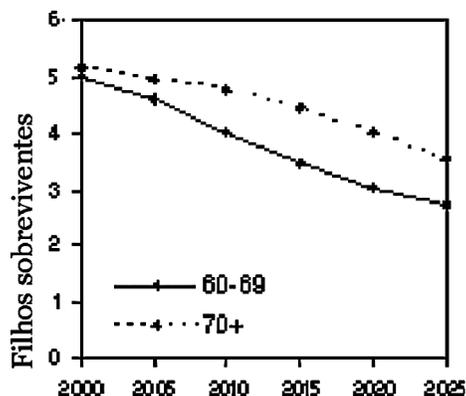
O Gráfico 2 refere-se à distribuição das mulheres com mais de 70 anos pelo número de filhos sobreviventes. Por pertencerem a uma coorte mais velha e que experimentou níveis mais elevados de fecundidade, essas mulheres possuem mais filhos que a geração de mulheres 60 a 69 anos.

A mudança na composição do número de filhos ocorre de forma menos acentuada no Brasil e Equador; no Chile a proporção de mulheres de 70 anos ou mais que possuem até três filhos vivos é, como esperado, praticamente a mesma que a da coorte de 60 a 69 anos (68%). Os gráficos indicam que há, também, para esta coorte tendência de aumento da proporção de mulheres com até quatro filhos, com concentração em dois ou três, enquanto a proporção com cinco ou mais filhos diminui.

Comparando as coortes de 60 a 69 anos e de 70 anos e mais, nota-se que a proporção de mulheres segundo o número de filhos vivos é, em ambos os casos, relativamente menos concentrada nos primeiros anos da projeção havendo, em anos posteriores, progressiva concentração de mulheres com somente dois ou três filhos vivos. Nota-se também que, em geral, as mulheres acima de 70 anos possuem, proporcionalmente, mais filhos que as mulheres de 60 a 69 anos.

Gráfico 3
Número médio de filhos sobreviventes por mulher de 60 a 69 anos e de 70 anos ou mais: Chile, Brasil, Equador - 2000-2025.





Fonte: IPUMS, 2008; CELADE, 2007.

O Gráfico 3 apresenta uma síntese dos resultados da projeção. Neste, observa-se que, entre 2000 e 2025, o número médio de filhos vivos que as mulheres teriam ao atingir idades acima de 60 anos está se reduzindo progressivamente. Em 2000, as idosas chilenas possuíam em média quatro filhos sobreviventes; em 2025, esse número se reduzirá para aproximadamente 2,6 filhos. No Brasil, o número de filhos vivos das idosas se reduzirá de cerca de cinco para 2,7 no caso das mulheres de 60-69 anos e para 3,5 filhos para as mulheres acima de 70 anos. No Equador, essa queda será menos acentuada, passando de aproximadamente cinco filhos para 3,2 e 4,0 para as mulheres de 60 a 69 anos e 70 anos ou mais, respectivamente.

A distância entre as curvas do número médio de filhos das duas coortes deve-se às distintas taxas específicas de fecundidade experimentadas no passado. Essa distância será menor quando os efeitos da fecun-

didade diferencial desaparecerem. Isto é, quando todas as mulheres sobreviventes pertencerem a coortes com os mesmos níveis (baixos) de fecundidade. Neste caso, todas terminariam o período reprodutivo com o mesmo número de filhos, pois seu passado reprodutivo teria sido igual. Como, no Chile, o processo de transição demográfica se iniciou primeiro que nos outros dois países, as taxas específicas de fecundidade neste país estão mais ou menos estabilizadas. Assim, não há muita diferença no número médio de filhos das diferentes coortes quando elas terminam seu período reprodutivo.

Considerações finais

Embora pertencer a uma família extensa não seja garantia de uma velhice segura, uma vez que as trocas de apoio entre pais e filhos nem sempre são seguidas por normas de equidade e reciprocidade (Goldani, 1999), o número de filhos sobreviventes é uma boa forma de estimar a potencial ajuda que receberão os pais idosos. Dado o persistente declínio da fecundidade em décadas recentes e a diminuição da rede familiar, a responsabilidade de apoio aos pais idosos concentra-se cada vez mais sobre um número menor de filhos. Considerando isso, a singularidade deste trabalho consiste em quantificar a redução dos filhos que estariam potencialmente disponíveis para auxiliar seus pais idosos a partir de diferentes contextos sociodemográficos e econômicos de envelhecimento populacional.

Esse modelo de projeção de fecundidade é relevante para países em desenvolvimento no estágio final de transição demográfica, pois mostra a velocidade com que o estoque de filhos das mulheres em idades avançadas diminui. No caso do Chile, em pouco tempo esse estoque deverá se estabilizar em torno de 1,85 filho sobrevivente por mulher idosa, valor que tem como pressuposto TFT estabilizada nesse valor a partir de 2015. A tendência de diminuição do estoque de filhos no Chile é menos acentuada que nos outros dois casos, pois, o início da transição da fecundidade ocorreu com bastante antecedência neste país e, em parte - menos significativa - devido à imigração prevista nas projeções utilizadas.

No caso do Brasil, até 2025 o número de filhos sobreviventes ainda será superior ao do Chile, tendendo a ser semelhante ao deste país somente em décadas posteriores, quando as mulheres que hoje estão no auge do período reprodutivo o completarem de acordo com o previsto.

Embora, as mulheres equatorianas tenham um maior número de filhos no presente (2000-2005) que as mulheres dos outros dois países, a tendência da diminuição do número de filhos também é evidente. Neste caso, vale ressaltar que a velocidade de diminuição, principalmente para a geração mais jovem, é reflexo da emigração internacional implícita nas projeções. Assim, as próximas gerações de mulheres a entrar nesta faixa

etária (60 anos e mais), provavelmente, terão um número de filhos vivos e residindo no país, bastante menor. Ou seja, o estoque de filhos que, potencialmente, cuidará delas, será ainda menor.

Como indicam os resultados, independentemente do atual nível em que se encontra a fecundidade, a proporção de mulheres idosas com apenas dois ou três filhos vivos aumentará consideravelmente nas próximas décadas em detrimento da proporção de mulheres com mais de quatro filhos vivos. Esses resultados estão de acordo com estudos sobre a diminuição da rede de parentesco em outros países. Bryant, utilizando esta técnica de projeção para a Coreia do Sul para o período 1970 a 2010, encontrou resultados semelhantes, ou seja, aumento da proporção de mulheres com cada vez menos filhos e queda significativa da proporção de mulheres com muitos filhos (Bryant, 2000). Em países desenvolvidos, como o caso de Itália, dada a persistente baixa fecundidade, cerca de 15% a 20% das mulheres de 25 a 45 anos serão, no período de 1994-2050, as filhas únicas de suas mães idosas, e, portanto, suas cuidadoras potenciais (Tomassini e Wolf, 2000).

Os achados deste trabalho são bastante reveladores do futuro que aguarda a população idosa em termos de suporte familiar. Resultados mais precisos, no entanto, podem ser obtidos a partir desta proposta. É importante, por exemplo, considerar que, sendo as filhas as principais provedoras de cuidados informais dentro da rede familiar, pode-se estimar, ao invés do total de filhos sobreviventes, unicamente o número de filhas, se se conhecem as funções de mortalidade por sexo. De fato, de forma simplificada e considerando razões de sexo típicas, deduz-se dos resultados aqui obtidos que os idosos terão, num futuro bastante próximo, um estoque de apenas uma filha - ou menos - como potenciais cuidadoras. Sobre essa filha recairá, muito provavelmente, a responsabilidade do cuidado com sua mãe e seu pai idosos. Embora a sobrevivência do cônjuge não seja considerada nesta projeção, a razão entre filhos adultos sobreviventes e ambos os pais idosos, pode ser estimada considerando, como no caso anterior as funções de mortalidade por sexo nas idades extremas da vida. Na falta de dados confiáveis, a informação sobre viuvez feminina poderá ser um bom parâmetro para estimar essa razão.

Um outro prosseguimento deste estudo é comparar o cenário aqui desenhado com cenários alternativos da projeção supondo variação no tempo das taxas de fecundidade, mortalidade traçando uma nova perspectiva sobre a composição das famílias. É importante salientar que mudanças atuais na fecundidade das mulheres que estão no início do período reprodutivo somente terão impacto sobre a projeção de longo prazo, já que a projeção parte da fecundidade de mulheres de 35 anos ou mais. Outro ponto a ser explorado é decompor o efeito da mortalidade (aumento da sobrevivência dos filhos) e fecundidade (diminuição do número de filhos) sobre o resultado obtido. Mas, certamente, a grande prota-

gonista do futuro dos idosos latino-americanos é a fecundidade atualmente vivenciada. Na medida em que esta tende a diminuir ainda mais do que previsto nas projeções aqui utilizadas, muito menor será o estoque de potenciais cuidadores que os futuros idosos terão.

Com relação ao uso de informação sobre fecundidade marital nesta aplicação, é necessário mencionar que, tendo esta variável uma confiabilidade relativamente maior que a informação sobre fecundidade do total das mulheres, seguiu-se a idéia original do autor da proposta (Bryant 2000). Não obstante, na medida em que a fecundidade extra-marital se torne relevante, o que pode suceder se uma segunda transição demográfica vier a se configurar na América Latina e, na existência de dados confiáveis sobre a fecundidade total, deve-se considerar a possibilidade de usar esta última.

Em síntese, este estudo buscou analisar a interação entre fecundidade e envelhecimento no âmbito da família em três países latino-americanos que passam por momentos distintos da transição demográfica: Chile, Brasil e Equador. Embora seja certo que o decréscimo da fecundidade terá implicações sobre a rede de apoio familiar dos idosos, concentrando o cuidado com os pais sobre um número reduzido de filhos, as consequências desse fato são diferentes para os países analisados. No Chile, embora o declínio da fecundidade tenha sido bastante rápido, as instituições públicas de seguro social e saúde deste país parecem estar mais preparadas para atender a demanda da população que envelhece comparativamente aos outros dois países estudados. No Brasil, o rápido envelhecimento da população ocorre a despeito da falta apoio formal à parcela significativa dos idosos. O Equador ainda possui um tempo maior para se adaptar à nova estrutura etária que se delinea, no pressuposto de a fecundidade não diminuir ao mesmo ritmo que os outros países, porém dificilmente somente a aparelhagem estatal conseguirá atender adequadamente a crescente demanda da população idosa. A emigração internacional dos filhos, se por um lado, supõe envio de remessas para aliviar a situação econômica, por outro lado, desfalca o estoque de filhos que os idosos terão disponíveis para lhes prestar ajuda direta. Em uma sociedade tradicional como a equatoriana, na qual a família é a principal rede social, a emigração abre uma incógnita que precisa ser desvendada.

Por fim, dada a situação irreversível de redução da fecundidade e o aumento do contingente de idosos, os resultados chamam a atenção para a formulação de políticas públicas que atentem para a promoção de um envelhecimento ativo e, quando isso não ocorrer, para a procura – que crescerá, provavelmente, de forma exponencial – de um sistema que forneça o cuidado aos idosos dependentes.

Notas

- ¹ Este trabalho conta com o apoio dos programas de auxílio à pesquisa e de bolsa de mestrado do Conselho Nacional de Pesquisa e Tecnologia (CNPq) do Brasil.
- ² Cedeplar – UFMG – regiane@cedeplar.ufmg.br
- ³ Cedeplar – UFMG – lwong@cedeplar.ufmg.br
- ⁴ Ver <http://esa.un.org/unpp/index.asp?panel=2>

Bibliografia

- ARRIAGADA Irma (2004) Cambios y continuidades en las familias latinoamericanas. Efectos del descenso de la fecundidad. In: *Seminar La fecundidad en América Latina y El Caribe: Transición o Revolución?* Santiago, Chile: CELADE, June, 9-11.
- BRYANT John (2000) Projecting numbers of living children of old people. Workshop on “Age Structural Transitions and Policy Implications”. IUSSP Committee on Population Age Structure and Public Policy and the Asian Population Network (APN). Phuket, Thailand, 8-10 Novembro.
- CAMARGOS, Mirela Castro Santos (2004) Dependência na velhice: um estudo descritivo da principal pessoa que auxilia o idoso nas AVD/AIVD, município de São Paulo, 2000. In: *XIV Encontro Nacional de Estudos Populacionais*. Campinas: ABEP.
- CENTRO LATINOAMERICANO Y Caribeño de Demografía (2007) Estimaciones y proyecciones. *División de Población*. Santiago: CELADE. Disponível em: http://www.eclac.cl/celade/proyecciones/basedatos_BD.htm.
- CHACKIEL Juan, Schkolnik, Susana (2004) América Latina: los sectores rezagados em la transición de la fecundidad. In: *Seminar La fecundidad en América Latina y El Caribe: Transición o Revolución?* Santiago, Chile: CELADE, June, 9-11.
- FERREIRA, Alida Rosaria Silva (2007) *Perspectivas da oferta de cuidadores informais da população idosa, Brasil 2000-2015*. Belo Horizonte: dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Minas Gerais. Programa de Pós-graduação em Demografia. 118p.
- GARCÍA, Brígida, Rojas, Olga (2004) Las uniones conyugales en América Latina: transformaciones en un marco de desigualdad social y de género. In: *Seminar La fecundidad en América Latina y El Caribe: Transición o Revolución?* Santiago, Chile: CELADE, June, 9-11.
- GOLDANI, Ana Maria (1999) Mulheres e envelhecimento: desafios para novos contratos intergeracionais e de gênero. In CAMARANO Ana Amelia (org.) *Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros*. Rio de Janeiro: IPEA.
- GUZMÁN, José Miguel (2003) Envejecimiento y descenso de la fecundidad: algunas relaciones y efectos. In: *Seminar La fecundidad en América Latina y El Caribe: Transición o Revolución?* Santiago, Chile: CELADE, June, 9-11.
- HAREVEN, Tamara K. (1994) Aging and generational relations: a historical and life course perspective. *Annual Review of Sociology*. 20:437-61.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (2002) *Censo Demográfico de 2000*. Rio de Janeiro: IBGE. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>

- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. *Censo de Población y Vivenda 2002*. Santiago de Chile: INE. Disponível em: http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/home.php
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y CENSOS. *Censo de Población y Vivenda 2001*. Quito: INEC. Disponível em: <http://www.inec.gov.ec/web/guest/inicio> .
- KINSELLA, Kevin, Velkoff, Victoria A. (2001) *An aging world: 2001*. U.S. Census Bureau, Series P95/01-1, U.S Government Printing Office, Washington, DC.
- KNODEL, John, Chayovan, Napaporn, Siriboon, Siriwan (1992) The impact of fertility decline on familial support for the elderly: an illustration from Thailand. *Population and Development Review* 18(1): 79-103.
- MINNESOTA POPULATION CENTER (2008) *Integrated Public Use Microdata Series — International: Version 3.0*. Minneapolis: University of Minnesota. Disponível em: <https://international.ipums.org/international/>
- SAAD, Paulo Murad (1999) Transferências de apoio entre gerações no Brasil: um estudo para São Paulo e Fortaleza. In CAMARANO Ana Amelia (org.) *Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros*. Rio de Janeiro: IPEA.
- TOMASSINI, Cecilia, Wolf, Douglas A. (2000) Shrinking kin networks in Italy due to sustained low fertility. *European Journal of Population*. 16(4):353-72.
- WONG, Laura Rodríguez (2000) A projeção da fecundidade – um exercício aplicado ao Brasil para o período 1991-2020. In *XII Encontro Nacional de Estudos Populacionais*. Caxambu: ABEP.
- ZIMMER, Zachary, Kwong, Julia (2003) Family size and support of older adults in urban and rural China: current effects and future implications. *Demography*. 40(1): 23-44, 2003.

ANEXO

Níveis de fecundidade e mortalidade utilizadas para o cenário principal da projeção.

Tabela 1
Probabilidade de aumento – diminuição das coortes dos grupos etários indicados (incluída a mortalidade e a migração) no intervalo seguinte: Chile, Brasil, Equador – 2000-2005 (*)

País		2000-2005	2005-2010	2010-2015	2015-2020	2020-2025
Chile	0-14	1,0000	1,0002	0,9998	0,9994	0,9989
	15-29	0,9988	0,9991	0,9983	0,9977	0,9970
	30-44	0,9935	0,9938	0,9936	0,9934	0,9933
	45-59	0,9720	0,9737	0,9745	0,9745	0,9749
	60-84	0,8709	0,8747	0,8825	0,8875	0,8890
Brasil	0-14	0,9962	0,9966	0,9969	0,9973	0,9975
	15-29	0,9899	0,9909	0,9917	0,9926	0,9933
	30-44	0,9803	0,9820	0,9835	0,9850	0,9859
	45-59	0,9508	0,9545	0,9573	0,9599	0,9620
	60-84	0,8192	0,8257	0,8352	0,8447	0,8515
Equador	0-14	0,9865	0,9917	0,9941	0,9966	0,9968
	15-29	0,9479	0,9715	0,9822	0,9919	0,9924
	30-44	0,9621	0,9754	0,9814	0,9865	0,9872
	45-59	0,9608	0,9655	0,9677	0,9697	0,9707
	60-84	0,8569	0,8562	0,8589	0,8650	0,8682

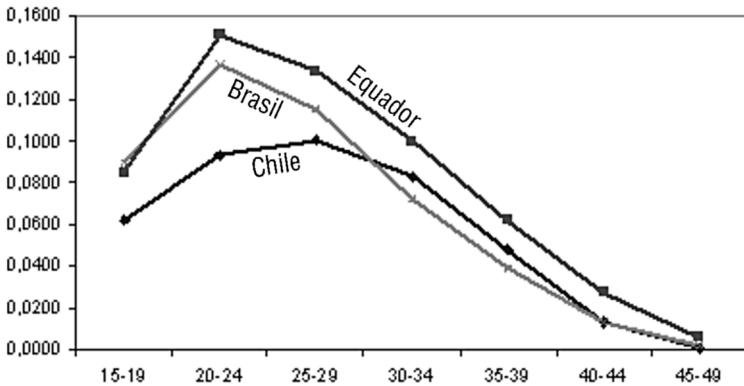
Fonte dos dados básicos: CELADE, 2007.

(*) Em princípio, esta razão seria a probabilidade de sobrevivência, mas por ter sido estimada a partir da população por idade já projetada, estas razões refletem, também, o estoque resultante das migrações internacionais. Notar que, no caso de Chile, algumas razões são superiores a 1,0; no caso do Equador, estas razões, nas idades centrais, são, freqüentemente, inferiores às estipuladas para os outros países, refletindo a forte emigração internacional implícita para este país.

Tabela 2
Taxa específica, distribuição proporcional e acumulada da fecundidade: Chile, Brasil, Equador – 2000.

	Taxa específica de fecundidade			Distribuição proporcional da fecundidade			Distribuição acumulada da fecundidade		
	Chile	Brasil	Equador	Chile	Brasil	Equador	Chile	Brasil	Equador
15-19	0,0616	0,0896	0,0845	0,1540	0,1910	0,1500	0,1540	0,1910	0,1500
20-24	0,0932	0,1366	0,1503	0,2330	0,2913	0,2667	0,3870	0,4823	0,4167
25-29	0,1004	0,1156	0,1331	0,2510	0,2465	0,2362	0,6380	0,7288	0,6529
30-34	0,0829	0,0719	0,0996	0,2073	0,1533	0,1768	0,8453	0,8821	0,8296
35-39	0,0478	0,0391	0,0622	0,1195	0,0834	0,1104	0,9648	0,9655	0,9400
40-44	0,0133	0,0135	0,0278	0,0333	0,0288	0,0493	0,9980	0,9942	0,9894
45-49	0,0008	0,0027	0,0060	0,0020	0,0058	0,0106	1,0000	1,0000	1,0000
TFT	2,00	2,35	2,82	1,0000	1,0000	1,0000			

Gráfico 4
Taxa de específica de fecundidade: Chile, Brasil, Equador – 2000.



Fonte dos dados básicos: CELADE, 2007.

Tabela 3
Taxas de fecundidade total projetadas:
Chile, Brasil, Equador – 2000-2025.

		2000 - 2005	2005 - 2010	2010 - 2015	2015 - 2020	2020 - 2025
Chile	15-19	0,0616	0,0596	0,0578	0,0562	0,0562
	20-24	0,0932	0,0901	0,0874	0,0850	0,0850
	25-29	0,1004	0,0974	0,0948	0,0924	0,0924
	30-34	0,0829	0,0808	0,0790	0,0773	0,0773
	35-39	0,0478	0,0469	0,0461	0,0453	0,0453
	40-44	0,0133	0,0132	0,0130	0,0129	0,0129
	45-49	0,0008	0,0008	0,0008	0,0008	0,0008
		2,0000	1,9440	1,8945	1,8495	1,8495
Brasil	15-19	0,0896	0,0893	0,0887	0,0880	0,0872
	20-24	0,1366	0,1322	0,1276	0,1234	0,1196
	25-29	0,1156	0,1097	0,1038	0,0987	0,0943
	30-34	0,0719	0,0671	0,0626	0,0588	0,0555
	35-39	0,0391	0,0360	0,0332	0,0308	0,0288
	40-44	0,0135	0,0123	0,0111	0,0102	0,0094
	45-49	0,0027	0,0024	0,0021	0,0019	0,0017
		2,3450	2,2450	2,1455	2,0590	1,9825
Equador	15-19	0,0845	0,0828	0,0808	0,0788	0,0769
	20-24	0,1503	0,1403	0,1315	0,1242	0,1182
	25-29	0,1331	0,1207	0,1106	0,1025	0,0962
	30-34	0,0996	0,0885	0,0798	0,0730	0,0678
	35-39	0,0622	0,0543	0,0483	0,0438	0,0403
	40-44	0,0278	0,0239	0,0209	0,0188	0,0171
	45-49	0,0060	0,0051	0,0044	0,0038	0,0035
		2,8175	2,5780	2,3815	2,2245	2,1000

Fonte: CELADE, 2007

