

Fecundidad y salud de las mujeres adultas mayores en México y Uruguay¹

Mariana Paredes², Carmen Varela³, Ángela Ríos⁴,
Verónica Montes de Oca⁵ y Sagrario Garay⁶

Resumen

En los países en desarrollo no suele estudiarse el impacto que trayectorias reproductivas prolongadas tienen sobre la salud de las mujeres mayores. Sabemos que la descendencia es el principal recurso de apoyo económico y cuidado de las mujeres mayores en situación de dependencia en la medida que las tareas de cuidado continúan asumidas principalmente por las familias. Por ello, el trabajo de cuidado ha sido una actividad delegada casi en su totalidad a las mujeres, lo cual pudo tener repercusiones en su salud. En esta ponencia se tiene como objetivo conocer el perfil de salud de las mujeres mayores según sus distintos niveles de fecundidad; además pretendemos mostrar las diferencias entre los grupos según el número de sus hijos/as, y estimar las probabilidades que tienen de padecer alguna enfermedad o tener alguna limitación para realizar sus actividades básicas de la vida diaria (ABVD), todo esto considerando sus características sociodemográficas, en particular su trayectoria laboral. Las fuentes de datos que se utilizarán son: para México, la Encuesta Nacional sobre Envejecimiento en México 2015, y para Uruguay, la Encuesta Longitudinal de Protección Social 2012-2013. La hipótesis que planteamos es que la mayor fecundidad de las mujeres traerá implicaciones en su salud, no sólo por el desgaste físico que implica cada embarazo, sino también por el ejercicio del cuidado de su descendencia; esto, a su vez, contrastará con las mujeres con menor número de hijos/as y con aquellas que no han tenido descendencia.

Palabras clave: fecundidad, salud, mujeres adultas mayores, cuidados.

Antecedentes

¹ Trabajo presentado en el VIII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, 23 al 26 de octubre 2018, Puebla, México.

² Universidad de la República, Uruguay. Correo electrónico: mariana.paredes@cienciasociales.edu.uy

³ Universidad de la República, Uruguay. Correo electrónico: varelapetito@gmail.com

⁴ Universidad de la República, Uruguay. Correo electrónico: angelariosgonzalez@gmail.com

⁵ Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Correo electrónico: ymois@gmail.com

⁶ Facultad de Trabajo Social y Desarrollo Humano, Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL). Correo electrónico: sgarayv@gmail.com

Transición demográfica y epidemiológica

Los perfiles demográficos de los distintos países de América Latina han sido y son bastante heterogéneos. Lo son actualmente, en función de los distintos estadios de la transición demográfica en la que se encuentran; y lo han sido a lo largo de la historia en función de los ritmos y perfiles que haya seguido dicho proceso. Los países escogidos aquí responden a dos comportamientos bastante diferenciados demográficamente.

En Uruguay la Transición Demográfica (TD) se opera muy tempranamente en comparación con la mayoría de países de América Latina. A inicios del siglo XX, el proceso estaba iniciado, y se fue profundizando en los primeros 50 años del siglo, de modo que al final el mismo la TD está prácticamente finalizada (Chackiel, 2004; Pellegrino, et al, 2008; Varela, Pollero y Fostik, 2008).

En relación con las tendencias de fecundidad se ha estimado el tamaño de la descendencia final de seis hijos por mujer en 1900 y de 2,8 hijos por mujer en 1960. Esto se refleja en la tasa bruta de natalidad de 39 por mil (nivel pretransicional) a principios de siglo y de 22 por mil en 1960 (TD avanzada); hacia el fin del siglo estos valores alcanzan un promedio de dos hijos por mujer y una tasa bruta de natalidad de 15.8 por mil (TD cuasi finalizada). A principios del presente siglo encontramos niveles de fecundidad que comprometen el reemplazo de la población (Pellegrino, A. y Pollero, R.1998; Varela, C., Pollero, R. y Fostik, A. 2008).

La tendencia al descenso de la mortalidad se expresa claramente en los valores de esperanza de vida al nacer que pasan en la primera mitad del siglo XX de 48 años en 1900 a 66 años en 1950. Estas cifras ubicaban a Uruguay con valores similares a los países más saludables del mundo y desmarcando a su vez del perfil de los países de la región latinoamericana. Estos valores se estancan en las décadas de 1960-70 para recuperar nuevamente la tendencia descendente sobre fines del siglo XX. Este proceso de la mortalidad se enmarca también en el proceso de transición epidemiológica en tanto que las enfermedades infecciosas descienden su predominancia de 33 a 3% en la estructura de las muertes y dejan lugar al predominio de enfermedades degenerativas. Los tumores y enfermedades cardiovasculares aumentan de 14 a 58% a lo largo del siglo XX (Paredes y Pollero, 2016).

En el caso de México, la transición demográfica se puso en evidencia en la década de 1960, la mortalidad había mostrado reducciones importantes en décadas anteriores pero las tasas de natalidad se mantenían elevadas. Entre 1945 y 1960, las tasas globales de fecundidad estimadas para la época eran de 5,7 a 7 hijos por mujer en edad reproductiva, mostrándose una reducción considerable en 1990 a 3,1 hijos (Camposortega, 1992; Benítez, 2000; Juárez y Quilodrán, 1990). En los años subsecuentes dichas tasas continuaron su reducción, al mismo tiempo que se incrementó la esperanza de vida de la población, pasando de 25 años en 1900 a 58 años en 1960 (Benítez, 2000; Zavala de Cosío, 2014). Durante la segunda mitad del siglo XX se registró, además, la pérdida neta de población por migración internacional, que fue relevante a partir de 1960 (Conapo, 2001). Los referidos cambios demográficos condicionaron el proceso de envejecimiento de la población mexicana, que adquirió velocidad a partir de la década de 1980, para ese año las personas de 65 años y más representaban el 3.1% del total de la población, dicha cifra alcanzó el 6.2 % en el 2010.

Tanto el proceso de transición demográfica como el de transición epidemiológica tiene un efecto sustantivo en la estructura de edades de la población que ya a mediados del siglo XX podría considerarse envejecida en Uruguay cuando se alcanzaban cifras cercanas al 9% de la población de personas mayores de 60 años (Solari, 1957). Este proceso tiene su correlato en los perfiles de morbimortalidad de la población. A lo largo del siglo XX, una proporción mayor de población ha ido sobreviviendo a edades en que las enfermedades no transmisibles, crónicas y degenerativas reemplazan a las transmisibles. Hacia 1908-1909 las defunciones de más de 65 años correspondían al 16,7% del total de las muertes de las mujeres y el 16,9% de las de los hombres. Para 1996-1997, estos valores son el 78% y 65% para mujeres y hombres respectivamente (Paredes y Pollero, 2016). En México, también se ha pasado de un escenario con enfermedades infecciosas y parasitarias a uno con mayor prevalencia de enfermedades crónicas y degenerativas. En 1960 las defunciones para el grupo de 65 años y más representaban el 20% del total de las muertes; y aproximadamente el 45% de las muertes ocurrían estaban concentradas en el grupo de 0 a 4 años. En el 2005, las defunciones infantiles muestra una baja proporción (menos del 10%) y la de las personas de 65 años y más, rebasan el 50%. Las principales causa de muerte entre la

población adulta mayor fueron: enfermedades cardiovasculares (30%), tumores malignos (14.4% para las hombres), diabetes (18.6% para las mujeres) (Escobedo, s/f).

Cambios en la fecundidad, políticas y cuidados

Si bien Uruguay presenta un promedio de hijos por mujer bajo, cuya tasa global de fecundidad se sitúa por debajo del reemplazo poblacional (TGF 1.7), la descendencia media final de las generaciones que superan los 50 años, alcanzan los 2,5 por mujer en promedio. Sin embargo, de acuerdo al nivel socioeconómico, el nivel educativo alcanzado y la inserción laboral, el número de hijos tenidos varía sustancialmente. Las mujeres de la cohorte de 1962 con hasta 6 años de educación tuvieron una descendencia media final de 3.5 hijos y aquellas con niveles elevados de privación social (2 y más Necesidades Básicas Insatisfechas), culminaron con 4,5 hijos por mujer en promedio (Varela et al. 2014).

En cuanto al número de hijos tenidos por las cohortes de mujeres uruguayas que en 2011 tenía entre 45 y 54 años, el 20% de ellas tuvo 3 hijos y el 20% 4 hijos y más. Vale decir que un 40% de las mujeres de estas cohortes tuvieron un nivel de fecundidad elevado para lo que es el nivel del país (Encor, 2017). Estas generaciones de mujeres post-reproductivas (entre 50 y 60 años,) pudieron ser potencialmente beneficiarias de los cambios generados en el país en relación a la salud sexual y reproductiva. En función de ello pueden haber tenido mayores herramientas para la decisión de limitar el número de hijos a tener o incluso en algún caso de no realizar la transición a la maternidad.

En México, la segunda fase de la transición demográfica significó que la descendencia de los hijos e hijas de las mujeres fuera de menor tamaño. De 7 hijos por mujer en edad reproductiva en 1970, se pasó a 3,1 hijos en 1990 y a 2,6 en el año 2000 (Benítez, 2000; CONAPO, 2001). Estas mujeres se caracterizaron por tener mayores niveles de escolaridad, se insertaron en el mercado de trabajo (al menos un tiempo antes de casarse) y se encontraban en relaciones monogámicas (Quilodrán y Juárez, 2009).

Los cambios en la fecundidad en México se observan en las distintas cohortes de mujeres que, en el 2015 tenían entre 58 y 63 años, el 20% tuvo tres hijos; mientras que 25% de las mujeres de 64 y más años, tuvieron 10 hijos y más (Garay y Montes de Oca, 2018). Las generaciones de la cohorte más reciente (58 a 63 años) tuvieron mayor acceso a las

políticas de planificación familiar implementadas en México que pudieron incidir en su decisión sobre el número de hijos.

En el Uruguay, desde el hito de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, realizada en El Cairo en 1994 el Estado uruguayo se comprometió a implementar programas que contemplaran la SSR con una perspectiva de género y derechos. Las medidas tomadas en materia de Salud Sexual y Reproductiva (SSR) permitieron pasar de un paradigma asistencialista y focalizado en la población carenciada, a un modelo de atención integral que jerarquiza la promoción de la salud y la prevención de las patologías, asentado en una concepción de derechos y género. Los programas implementados abarcaron tres etapas, que corresponden a los períodos 1996-2000, 2001-2004 y desde 2005 a la fecha (Varela, 2009).

A partir de la implementación de estas políticas dirigidas a la salud, sexual y reproductivas de las mujeres, en la etapa postreproductiva las generaciones más jóvenes pueden haber tenido un impacto positivo en su estado de salud, en relación a aquellas generaciones más viejas.

En México, la preocupación del Estado por la SSR tuvo su antecedente a mediados de los años sesenta con el Plan Nacional de Planificación Familiar. Sin embargo, ha sido señalado que en México, como en otros países, el proceso de descenso de la fecundidad se desencadenó antes de la regulación por medio de métodos anticonceptivos modernos (Quilodrán y Juárez, 2009). Más recientemente, y a partir de la Primera Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, ha habido un compromiso por el Estado Mexicanos por reconocer los derechos sexuales y reproductivos de las personas. Los programas implementados hasta ahora tienen como población objetivo a las mujeres en edad reproductiva (15 a 49 años); con un énfasis importante a la población adolescente, incluso se cuenta con una “Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes”.

Por otra parte políticas de cuidados dirigidas a la corresponsabilidad entre la vida familiar, crianza de los hijos con las actividades laborales, han estado ausentes por parte del Estado uruguayo hasta hace muy pocos años. El sistema nacional integrado de cuidados se inicia a partir del año 2016 y aún así, su implementación es incipiente en cuanto a su cobertura. El mismo está dirigido hacia la corresponsabilidad entre varones y mujeres para que se puedan

compartir de forma equitativa las responsabilidades de cuidados. Ello se orienta a la superación de las desigualdades históricamente construidas en relación a los roles asignados a mujeres y varones.

En el caso de México, no se cuenta con una política de cuidados. El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (SNDIF) ofrece apoyo legal a las familias ante situaciones de abandono y violencia, pero no se ha implementado un sistema de cuidados que apoye a las familias con sus integrantes. Este vacío ocasiona que “la familia” sea la principal responsable de los cuidados de sus menores y mayores (Matus-López, 2015; Monteverde et al., 2016).

Las políticas de cuidado adquieren relevancia por la amplia participación de las mujeres como cuidadoras de los niños (as) y en las actividades domésticas en el hogar (Robles, 2004; Vaquiro y Stiepovich, 2010; Valderrama, 2006; Krmpotic y De Ieso, 2009). Lo cual puede traer efectos negativos sobre la salud física y mental de las mujeres (Robles, 2004; Monteverde, et al., 2008; Redondo, Manzotti y De la Torre, 2014).

Todas las políticas mencionadas podrán intervenir y tal vez modificar los impactos de las trayectorias reproductivas, sobre el estado de salud y la capacidad de autonomía de las futuras generaciones de mujeres. La ausencia de ellas, en la historia pasada y reciente de Uruguay y México, nos plantea una realidad de varias cohortes de mujeres que entraron en la vejez o están próxima a ella con distintos niveles de fecundidad, los cuales pueden estar afectada su estado de salud y su capacidad de autovalidez en la entrada en las edades avanzadas.

El impacto de las trayectorias reproductivas sobre la salud de las mujeres mayores no ha sido estudiado en Uruguay y México. Las políticas públicas se han centralizado básicamente en la salud sexual y reproductiva de las mujeres y varones en el período reproductivo. Sin embargo, los efectos de las trayectorias reproductivas y sus efectos sobre la salud de las mujeres, particularmente en la etapa post-reproductiva tienen escasa visibilidad y no han sido objeto de estudio de la academia. El trabajo de cuidados vinculados a la crianza y los cuidados en general hacia los integrantes de la familia y de las generaciones más viejas, ha sido una actividad delegada casi en su totalidad a las mujeres. No se conoce si estos cuidados y particularmente los que refieren a los hijos se relacionan con su salud en la vejez.

Materiales y método

Las fuentes de datos que se utilizarán son, para México, la Encuesta Nacional sobre Envejecimiento en México 2015, y para Uruguay, la Encuesta Longitudinal de Protección Social 2012-2013. El análisis estará compuesto por una parte descriptiva, en la cual se presentarán las características de las mujeres (según sus niveles de fecundidad y trayectoria laboral) y sus condiciones de salud (presencia de diabetes, hipertensión, cáncer, artritis/artrosis y limitaciones para realizar ABVD)⁷; también se ajustarán diversos modelos logísticos para estimar las probabilidades de presentar alguna enfermedad según diversas características (generación de nacimiento, años de escolaridad, y trayectoria laboral) entre las mujeres con y sin hijos.

Resultados

Cambios y permanencias de la fecundidad en las mujeres adultas mayores de México y Uruguay

En Uruguay, la tendencia en el porcentaje del número de hijos de las mujeres de las cuatro generaciones muestra que el modelo reproductivo se sitúa en 2 hijos por mujer (entre el 27% y el 31%). No se encuentran mayores diferencias entre las cohortes, en la evolución del número de hijos a tener. Como fuera presentado anteriormente, dada la temprana TD, el porcentaje de mujeres que tuvieron 4 hijos y más es muy bajo (gráfico 1). La paridez media acumulada confirma que estas generaciones finalizaron la etapa reproductiva con un nivel de fecundidad entre 2,6 y 2,9 hijos por mujer (tabla 1). Las adultas mayores nacidas entre 1947 y 1951 muestran un incremento en relación a las dos cohortes más viejas y la más joven. Ello se puede vincular a que fueron mujeres que tuvieron parte de su ciclo reproductivo durante la dictadura militar. Pellegrino (2008), ha planteado que en esos años se observó un incremento de la fecundidad y lo atribuye como hipótesis a un repliegue en el ámbito familiar de las parejas.

Otro aspecto a destacar es el porcentaje que tuvo 10 hijos y más. Si bien es insignificante, llama la atención que en todas las generaciones se da un pequeño incremento entre 9 y 10 y

⁷ Estas enfermedades son las que presentan mayor prevalencia entre las adultas mayores seleccionadas en México y Uruguay.

más hijos. La cohorte de 1947-1951 presenta un comportamiento desigual a partir de los 4 hijos y más en relación a la cohorte 1942-1946 y 1951-1957. En algunos casos más bajo que la cohorte más joven y en otros más elevado incluso que las más viejas (gráfico 1).

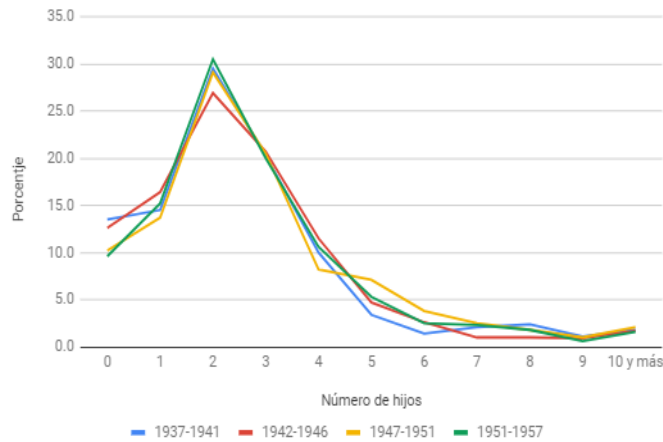
En el caso de México, el panorama se contrapone al observado en Uruguay. Si bien, los cambios demográficos han traído una reducción en las tasas de fecundidad (en 1980 se tenían 4.4 hijos en promedio, y en el 2010, se tenían 2.3), dichos cambios han sido para las mujeres en edades más jóvenes. En cambio para las adultas mayores nacidas entre 1937 y 1941, la paridez media es de 6.7 hijos; este promedio disminuye en las mujeres nacidas en cohortes más recientes (1947-1951 y 1952-1957), pero sigue siendo alta a la que se tiene actualmente (tabla 1). Sin embargo, aunque ahora se observa un menor número de hijos entre las mujeres de generaciones más recientes, las adultas mayores actuales tuvieron en su vida reproductiva un mayor número de hijos (as), muestra de ello es el alto porcentaje de hijos en las mujeres nacidas entre 1937- 1941, de las cuales cerca del 25% tuvieron 10 hijos o más. Este porcentaje reduce en las generaciones subsecuentes. En la generación más joven (1952 a 1957) el 20% tiene 3 hijos (gráfico 1).

Tabla 1 - Paridez media acumulada de las adultas mayores según cohorte de nacimiento, Uruguay y México

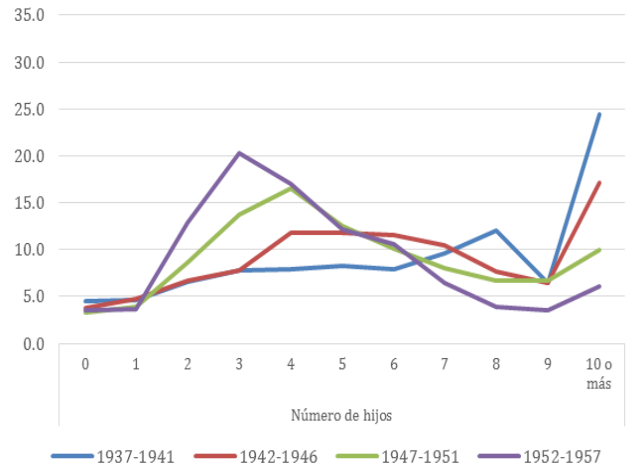
Cohorte	Uruguay	México
1937-1941	2.6	6.7
1942-1946	2.6	6.0
1947-1951	2.9	5.3
1952-1957	2.7	4.6

Fuente: Elaboración propia en base a la ELPS 2012-2013 (Uruguay); Encuesta Nacional sobre Envejecimiento en México 2015 (México).

Gráfico 1 - Número de hijos de las mujeres adultas mayores según cohorte de nacimiento



Uruguay



México

Fuente: Elaboración propia en base a la ELPS 2012-2013 (Uruguay); Encuesta Nacional sobre Envejecimiento en México 2015 (México).

La prevalencia de las enfermedades en las mujeres de distintas generaciones y su vinculación con la maternidad

Para conocer la prevalencia de enfermedades de las mujeres de las distintas generaciones analizadas realizaremos en primer lugar un análisis descriptivo vinculando la incidencia de cada una de estas afecciones en función del conocimiento que tienen las personas acerca de tener diagnosticadas las mismas. Como se puede observar en el gráfico 2, en las mujeres uruguayas, el mayor factor de riesgo en las cuatro generaciones analizadas es la hipertensión seguida por la artrosis. Ambas están estrechamente relacionadas con la edad: en mujeres que superan los 70 años más de la mitad padece hipertensión y casi un 40% artrosis. Tanto en uno como en otro caso la prevalencia va disminuyendo a medida que desciende la edad de las mujeres. En la generación más joven -aquellas que se ubican en la segunda mitad de la década de los 50 años- la incidencia de la hipertensión no supera el 40% y la de la artrosis alcanza a un 24%.

En el caso de la diabetes la incidencia es menor y se ubica en el entorno del 15% para las cuatro generaciones con una variabilidad reducida que va de 17% para la generación mayor y 13% para las más jóvenes. La incidencia de cáncer, por su parte es de apenas 3%.

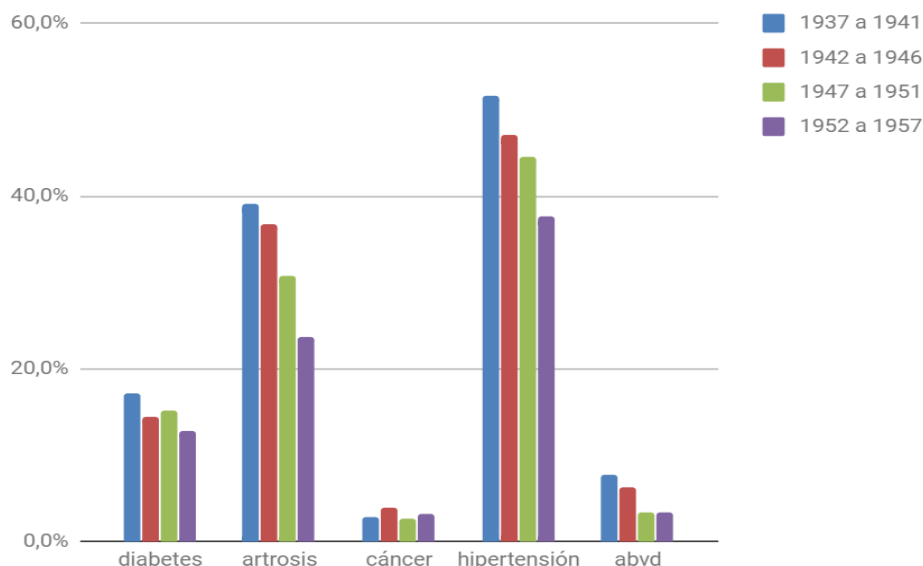
Las actividades básicas de la vida diaria⁸, si bien no refieren a una enfermedad concreta, sí a la percepción de las capacidades de las mujeres y por tanto a su autovalidez y eventual dependencia así como las necesidades de cuidado. Esto también se vinculará más adelante al tipo de trayectoria reproductiva que hayan tenido las mujeres y por tanto a las redes de apoyo potenciales.

La incidencia de la dificultad para realizar alguna de las actividades básicas de la vida diaria alcanza en total a un 5,3% de las mujeres y se eleva a casi el 8% en el caso de mayor edad. Estas cifras coinciden con estudios realizados para evaluar la dependencia en el país (Paredes y Pérez, 2014) que alcanza al 8% de las mujeres mayores de 65 años con dependencia severa.

Como se ve claramente estas dificultades también se incrementan a medida que aumenta la edad notándose un punto de inflexión pasados los 66 años. Por debajo de esta edad las mujeres presentan una incidencia del 3% en dificultades para realizar actividades de la vida diaria.

⁸ Se definen como limitaciones en las actividades básicas de la vida diaria 1) necesita ayuda para comer 2) necesita ayuda para ir al baño 3) necesita ayuda para lavarse pelo o los dientes 4) necesita ayuda para vestirse 4) necesita ayuda para mantener o cambiar de posición 5) necesita ayuda para desplazarse dentro del hogar. La incidencia de limitaciones en ABVD se considera como la presencia de al menos una de las limitaciones en las actividades de la vida diaria descritas anteriormente.

Gráfico 2 - Presencia de enfermedades en mujeres adultas mayores en Uruguay



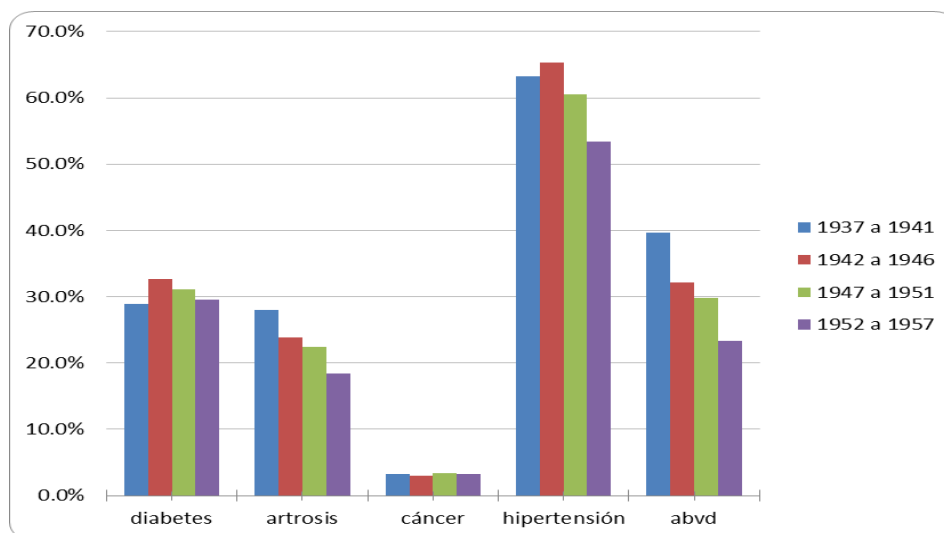
Fuente: Elaboración propia en base a la ELPS 2012-2013

En el caso de México, al igual que en Uruguay, la hipertensión representa el mayor riesgo entre las distintas cohortes de mujeres. En ambos países la tendencia es descendente en relación con la edad de las mujeres. Sin embargo los valores de las mujeres mexicanas son superiores a los que se registran en Uruguay. Más del 60% de las mujeres de mayor edad reportaron hipertensión y alrededor del 30% de las mujeres mayores presentan diabetes. Los valores de artrosis, a la inversa que con las enfermedades anteriores son mayores en Uruguay que en México y registran una tendencia también descendente con la edad. El cáncer tiene bajos porcentajes entre las mujeres adultas mayores mexicanas, las cifras no rebasan el 4%, en las distintas cohortes analizadas similar a los valores registrados para Uruguay (gráfico 3).

La presencia de limitaciones para realizar actividades de la vida diaria es más alta entre las mujeres mayores mexicanas (30.4%) que entre los hombres (20.7%). lo anterior se refleja en las distintas cohortes de edad, cerca del 40% de las mujeres nacidas entre 1937 y 1941 reportaron tener alguna limitación para realizar sus actividades básicas de la vida diaria. Esta proporción se reduce en las mujeres más jóvenes (1952 -1957), pero aún representa más del 20% (gráfico 3). Estos valores son sustantivamente mayores que los presentados

para Uruguay donde este tipo de dependencia no superaba el 8% en ninguna de las generaciones.

Gráfico 3 - Presencia de enfermedades en mujeres adultas mayores en México



Fuente: Encuesta Nacional sobre Envejecimiento en México 2015 (México)

Las enfermedades en relación con las trayectorias reproductivas

Como mencionamos en apartados anteriores, la trayectoria reproductiva de las mujeres ha sido poco analizada, sobre todo en etapas post-reproductivas. Los niveles de fecundidad y el cuidado de la descendencia podrían tener implicaciones en la salud de las mujeres, no sólo por el desgaste físico que ocurre en cada embarazo sino también por el trabajo doméstico alrededor del cuidado de los hijos.

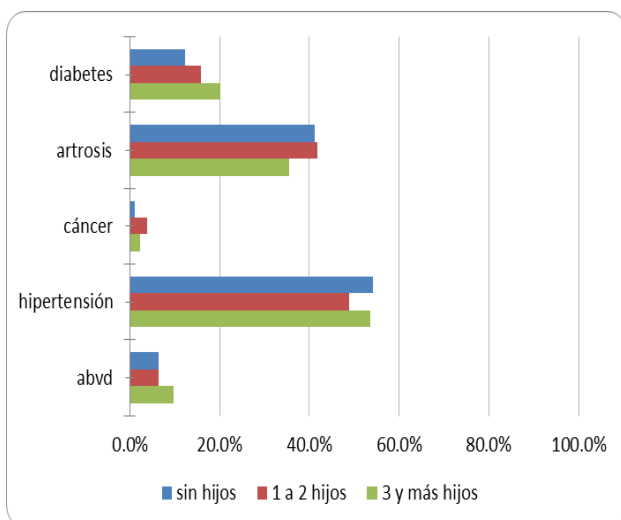
En las mujeres mayores mexicanas de las cohorte más viejas (1937 - 1941), predomina la diabetes e hipertensión tanto en las mujeres sin hijos como en las que tuvieron descendencia. Las limitaciones en las ABVD tienen menor porcentaje, pero se presentan más en las mujeres sin hijos y en las que tuvieron 3 y más. Para la cohorte de 1942-1946, se tiene una mayor presencia de diabetes e hipertensión en los distintos grupos de mujeres. Las mujeres sin hijos nacidas entre 1947 - 1951 muestran altas prevalencia de diabetes; en cambio la hipertensión y las limitaciones en ABVD están más presentes en las mujeres con 3 y más hijos. Aproximadamente el 80% de las mujeres más jóvenes (1952-1957) y sin hijos tienen diabetes; la hipertensión está presente en las que tienen y no tienen hijos y la artrosis es mayor en las mujeres con hijos (gráficos 4a-4h).

En el caso de Uruguay la vinculación entre las enfermedades y las trayectorias reproductivas demuestra una asociación positiva en tanto las mujeres con más de 3 hijos presentan en general valores más altos de todas las enfermedades con excepción del cáncer y la artrosis. Sin embargo esta tendencia es bien lineal en las dos generaciones de mujeres nacidas entre 1942 y 1951 -las que tienen aproximadamente entre 60 y 70 años al momento de la encuesta- donde la diabetes, la artrosis y la hipertensión muestran valores más altos para las mujeres con trayectorias de 3 hijos y más. Para la generación más joven el comportamiento es más errático probablemente asociado a la menor prevalencia de enfermedades en estas edades.

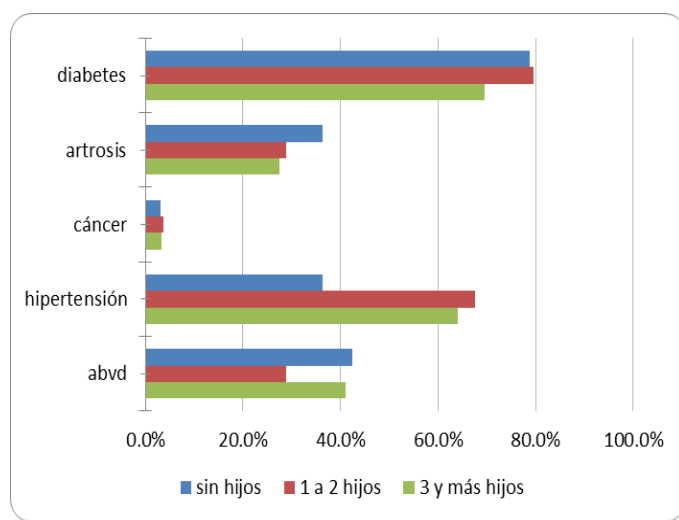
Gráficos 4a - 4h - Presencia de enfermedades en las mujeres mayores según cohorte de nacimiento y número de hijos

1937 - 1941

4a. Uruguay

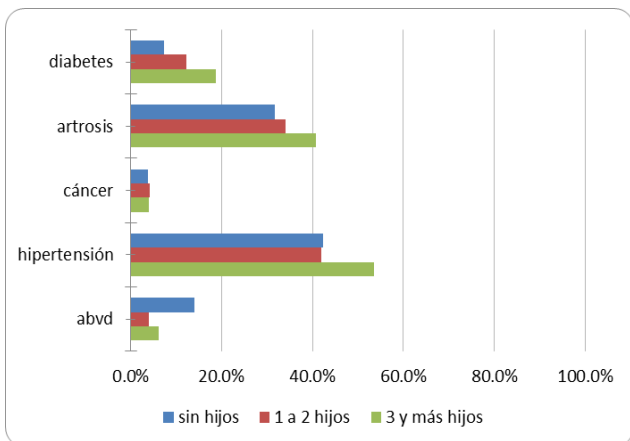


4b. México

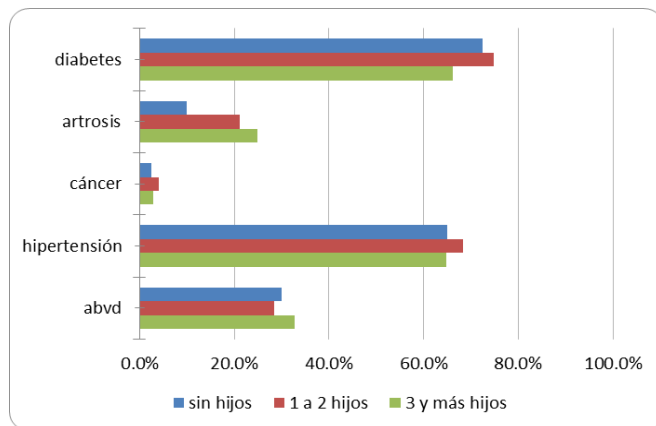


1942 - 1946

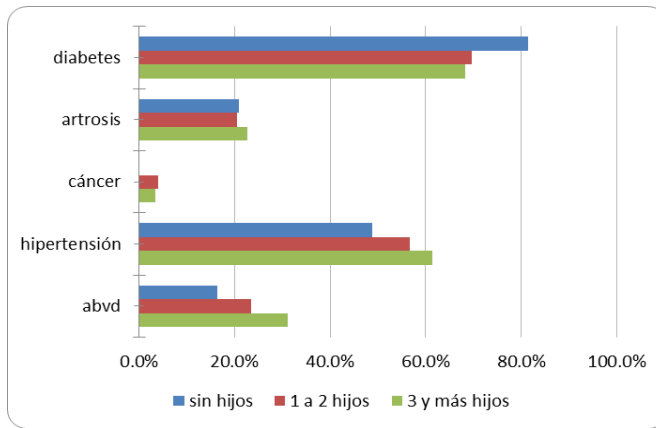
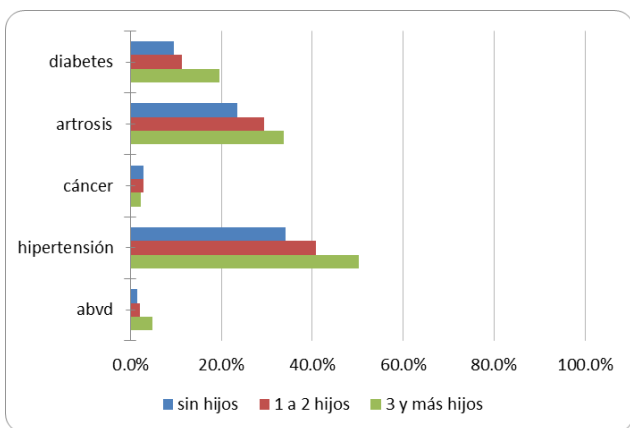
4c. Uruguay



4d. México



1947 - 1951

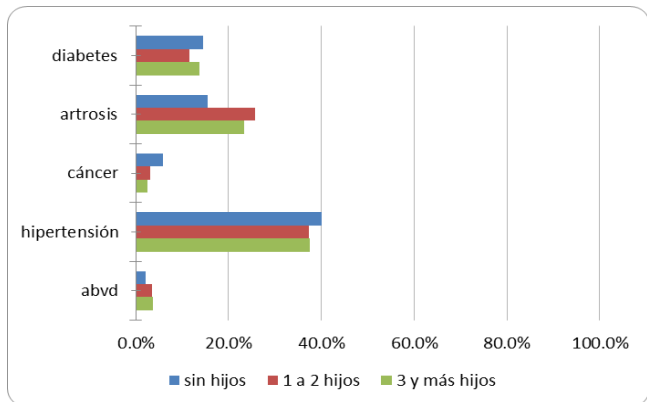


4e. Uruguay

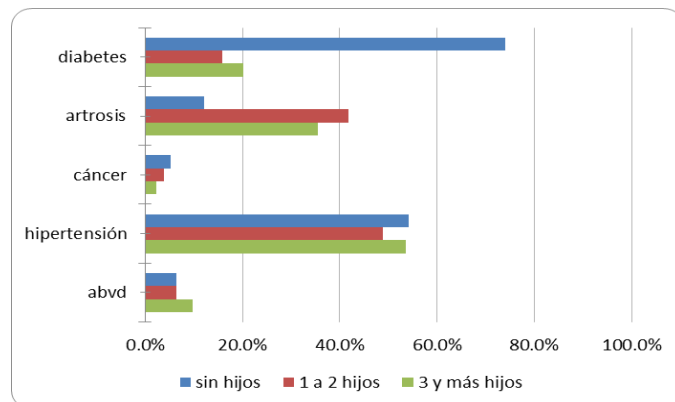
4f. México

1952 - 1957

4g. Uruguay



4h. México



Fuente: Elaboración propia en base a la ELPS 2012-2013 (Uruguay); Encuesta Nacional sobre Envejecimiento en México 2015 (México)

Probabilidades de presentar alguna enfermedad entre las mujeres con y sin hijos

Para el caso de Uruguay, las mujeres sin hijos de las generaciones de 1947 a 1951 y 1952 a 1957 tienen menos probabilidades de tener hipertensión. Por otra parte, el trabajo no tiene efecto, mientras que cada año adicional de educación aumenta la probabilidad de que la mujer sea hipertensa. Entre las mujeres con hijos, la generación más joven (1952 a 1957) es la única que disminuye la probabilidad de presentar hipertensión. Entre estas mujeres, el trabajo se asocia a una mayor probabilidad, y la educación no tiene ningún efecto.

Con respecto a la diabetes, entre las mujeres sin hijos solo la generación de 1942 a 1946 tiene una menor probabilidad de tener la enfermedad. Por otra parte, ni el trabajo ni la educación tienen efecto. Entre las mujeres con hijos, se observa una menor probabilidad de padecer diabetes en la generación más joven. El trabajo se asocia negativamente con la enfermedad, mientras que la educación no tiene efecto.

En relación a la artrosis, entre las mujeres sin hijos son las generaciones más jóvenes (1947 a 1951 y 1952 a 1957) las que presentan menos probabilidades de presentar la enfermedad. Por otra parte, el trabajo es significativo en sentido negativo, mientras que la educación no resulta significativa. Entre las mujeres con hijos solo las generaciones más jóvenes presentan una menor probabilidad de padecer artrosis, mientras que el trabajo disminuye la probabilidad de la misma. No se constata ningún efecto de la educación (tabla 2).

Tabla 2 - Probabilidades de las adultas mayores con y sin hijos, de presentar alguna enfermedad, Uruguay

	Hipertensión		Diabetes		Artrosis	
	Sin hijos	Con hijos	Sin hijos	Con hijos	Sin hijos	Con hijos
1937-1941	(ref)	(ref)	(ref)	(ref)	(ref)	(ref)
1942-1946	-,408	,0440	-,684 *	-,022	-,195	-,059
1947-1951	-,583 **	-,076	-,281	-,028	-,425 **	-,224 *
1952-1957	-,803 **	-,367 **	-,076	-,247	-,765 ***	-,485 ***
trabajó	,0009	-,363 **	-,217	-,298 **	-,513 **	-,530 ***
años educación	,039 **	-,002	-,025	-,011	,0296	-,0007
Prob > chi2	0,0260	0,0000	0,5499	0,0002	0,0007	0,0000
Pseudo R2	0,0169	0,0149	0,0108	0,0067	0,0273	0,0220
sensibilidad Pr(+ D)	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,00%	0,00%
Especificidad Pr(- ~D)	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
correctamente especificados	66,95%	61,15%	88,59%	86,2%	80,35%	76,91%

Fuente: Elaboración propia en base a la ELPS 2012-2013

Las mujeres mexicanas sin hijos de la generación 1942-1946 tienen menos probabilidades de padecer hipertensión. La condición de actividad no tuvo un efecto estadísticamente significativo; en cambio, a medida que se incrementan los años de escolaridad aumentan las probabilidades de padecer hipertensión. Entre las mujeres con hijos, sólo las de la generación de 1942 - 1946, tienen menos probabilidades de ser hipertensas; el trabajar y el aumento en los años de escolaridad incrementa las probabilidades de padecer esta enfermedad.

Todas las generaciones de mujeres sin hijos tienen probabilidades de padecer diabetes. El trabajar y los incrementos en los años de escolaridad disminuyen estas propensiones. Entre las mujeres con hijos se presenta el mismo comportamiento mencionado.

La artrosis en las mujeres sin hijos, es menos probable que ocurra entre las generaciones de 1942- 1946 y la de 1952 - 1957; mientras que para las mujeres con hijos, las que son menos propensas a padecer artrosis son las de las generaciones de 1942-1946 y 1947-1951 . El trabajo y la escolaridad no resultaron estadísticamente significativos para la artrosis (tabla 3).

Tabla 3 - Probabilidades de las adultas mayores con y sin hijos, de presentar alguna enfermedad, México

	Hipertensión		Diabetes		Artrosis	
	Sin hijos	Con hijos	Sin hijos	Con hijos	Sin hijos	Con hijos
1937-1941	(ref)	(ref)	(ref)	(ref)	(ref)	(ref)
1942-1946	-1,225 *	,366 *	,220 **	,214 **	-1,650 *	-,157 *
1947-1951	-,541	,105	,193 **	,194 **	-,562	-,262 *
1952-1957	-,515	-,057	,182 **	,175 **	-1,360 *	-,484
trabajó	-,148	,307 *	-,451 *	-,447 *	-,623	-,038
años educación	,077 *	,014 **	-,750 *	-,034 *	-,041	-,010
Prob > chi2	0,0360	0,0000	0,8860	0,0000	0,0320	0,0000
Pseudo R2	0,0880	0,0190	0,0150	0,0150	0,1110	0,0090
sensibilidad Pr(+ D)	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,00%	0,00%
Especificidad Pr(- ~D)	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
correctamente especificados	60,90%	60,50%	76,40%	69,20%	81,60%	77,60%

Fuente: Encuesta Nacional sobre Envejecimiento en México 2015 (México)

Conclusiones

La prevalencia de enfermedades crónicas es un tema creciente en la agenda social y demográfica de América Latina dado el envejecimiento progresivo de nuestras poblaciones.

La vinculación de estas afecciones se vincula con todos los componentes de la dinámica demográfica entre los cuales se destaca la mortalidad y su análisis por causas. Sin embargo pocos estudios han abordado el tema de la vinculación entre fecundidad y prevalencia de enfermedades crónicas en las mujeres en edad madura. Cuando se habla de salud y reproducción en las mujeres la aproximación refiere en general a los temas de salud reproductiva pero siempre se dejan afuera las vinculaciones en la etapa posreproductiva previa a su vez a la entrada en la vejez. Considerar estos temas desde una perspectiva longitudinal genera además nuevos insumos para conocer el impacto del pasado en el estado actual de salud así como prever el comportamiento de las nuevas generaciones.

Sin embargo las fuentes de datos dificultan la adopción de tal enfoque analítico por lo que este trabajo se constituyó en una primera aproximación al análisis entre el estado de salud y las trayectorias reproductivas femeninas de manera comparada en dos países con perfiles demográficos y epidemiológicos bien diferenciados. Como pudimos observar los procesos de transición demográfica han seguido ritmos distintos en ambos países. Si bien hoy los niveles de fecundidad son similares en ambos países, el descenso en Uruguay comenzó décadas antes que en México y con un ritmo mucho más suavizado. Esto se refleja en los diferentes perfiles de trayectorias reproductivas de distintas generaciones de mujeres. Las generaciones de mujeres mexicanas incorporadas en este estudio aún presentan parideces elevadas superiores a los cuatro hijos, en tanto las uruguayas muestran valores en todas las generaciones que tienden a estabilizarse por debajo de tres. La cohorte más joven de mujeres mexicanas incluidas en este estudio sin embargo muestra una estructura de la fecundidad que empieza a parecerse a la de las uruguayas con valores cúspides en el entorno de los tres hijos por mujer.

En relación con la prevalencia de enfermedades analizadas la hipertensión registra una incidencia alta en ambos países correlativa con las edades de las mujeres -que desciende en las generaciones más jóvenes- y registra valores levemente superiores en México. Aun así, en ambos casos está afectando cerca de a la mitad de las mujeres analizadas. La incidencia de la artrosis muestra tendencias también similares en relación con la edad pero con valores bastante mayores en Uruguay que en México. Sin embargo la diabetes presenta guarismos muy superiores entre las mujeres mexicanas que entre las uruguayas en todas las generaciones.

Las actividades básicas de la vida diaria, si bien no son una enfermedad, dan cuenta del estado de autovalidez con el que llegan las mujeres a esta etapa de la vida. En Uruguay las mujeres con alguna dificultad de estas características no superan nunca el 10% en tanto entre las mexicanas los valores oscilan entre 20 y 40%.

Esta diferenciación de prevalencia de enfermedades presenta especificidades según las trayectorias reproductivas, sobre todo entre aquellas que tienen hijos (as) y las que no los tuvieron. Para Uruguay comprobamos que la incidencia de las enfermedades de las mujeres con hijos es mayor que en las que no tuvieron hijos, en particular en la presencia de diabetes, hipertensión y artrosis.

En el caso de México, destaca la alta probabilidad de padecer hipertensión entre las mujeres sin hijos; en cambio, la incidencia de enfermedades como la diabetes y artrosis es mayor entre las mujeres con hijos.

En el caso de Uruguay, la generación más joven tiene menor probabilidad de presentar hipertensión o artrosis, al margen de que las mujeres tengan o no hijos. En la generación de 1947 a 1951 si se observan diferencias según la trayectoria de fecundidad, ya que la probabilidad de tener hipertensión es menor entre las mujeres sin hijos que entre las con hijos (no es significativo), mientras que la probabilidad para artrosis muestra un efecto de reducción más significativo entre las mujeres sin hijos que entre las que tienen hijos. Por otra parte, las dos cohortes más viejas (1937-1941 y 1942-1946) casi no muestran diferencias en la probabilidad de padecer alguna enfermedad, a excepción de la diabetes en las mujeres sin hijos. El trabajo en todos los casos muestra un efecto negativo sobre la probabilidad de padecer la enfermedad entre las mujeres con hijos. Finalmente, la escolaridad no muestra efectos significativos a excepción de la hipertensión en las mujeres sin hijos. El efecto encontrado es contraintuitivo ya que una mayor escolaridad se asociaría en mayor medida a la enfermedad, cuando sería esperable lo contrario (por ejemplo, por el tipo de alimentación, actividad física etc).

Es probable que la prevalencia tan alta de enfermedades como la diabetes e hipertensión sea una característica que ha aumentado en las poblaciones latinoamericanas, de manera que no se marque una diferencia sustantiva entre las mujeres con y sin hijos. Por ello, en el futuro, se hace necesario, considerar otro tipo de enfermedades y ampliar el análisis de manera que

se pueda conocer la historia de nacimientos y el tiempo de crianza, lo cual podría ser más significativo que tener en cuenta sólo número de hijos. También se requeriría conocer otro tipo de características socio económicas de las personas así como contextos ambientales y características sanitarias en los que se desarrollan las trayectorias de salud y de reproducción.

Estudios con perspectiva de curso de vida son necesarios para conocer las trayectorias reproductivas, la edad de inicio y la duración así como identificar en los contextos de pobreza las desventajas acumuladas de la poca incidencia de las políticas de salud reproductiva en la vida de estas mujeres mayores. Paralelamente estos insumos son necesarios para direccionar políticas de salud, dependencia en la vejez y cuidados

Referencias bibliográficas

Benítez, Raúl (2000). “Los cambios de la población y la situación, perspectivas y consecuencias del envejecimiento en México”, en *Encuentro Latinoamericano y Caribeño sobre las Personas de Edad*, Santiago de Chile: CEPAL.

Camposortega Cruz, S. (1992), *Análisis demográfico de la mortalidad en México, 1940-1980*, El Colegio de México, México, 440 pp.

Conapo (2001). *La Población de México en el nuevo siglo*, México: Conapo.

Escobedo de Luna, J. M. (s/f). Transición epidemiológica de México y la evolución de su mortalidad. Consultado el 27 de agosto 2018 en: http://actcientifica.servicioit.cl/biblioteca/gt/GT9/GT9_EscobedoJesus.pdf

Garay, S. y Montes de Oca, V. (2018) “Todo por servir se acaba. Fecundidad y salud de las mujeres adultas mayores en México”. *Coyuntura Demográfica*, Núm. 13, 43-49.

Juárez, F. y J. Quilodrán (1990), “Mujeres pioneras del cambio reproductivo en México”, *Revista Mexicana de Sociología*, IIS-UNAM, México, 33-49.

Krmpotic, C. y De Ieso, K. (2009). Los cuidados familiares. Aspectos de la reproducción social a la luz de la desigualdad de género, *Rev. Katál Florianópolis*, 13 (1), 95-101.

Matus-López, M. 2015. Pensando en políticas de cuidados de larga duración para América Latina. *Salud Colectiva*, Argentina, Vol. 11, N° 4, pp. 485-496.

Monteverde, M., Tomas, S., Acosta, L. y Garay, S. (2016). "Envejecimiento poblacional y magnitud de la dependencia en Argentina y México: Perspectiva comparada con España". *Revista Latinoamericana de Población*, No. 18, vol. 10, pp. 135-154. Asociación Latinoamericana de Población.

Paredes, M. y Pérez, R. (2014) "Personas mayores en Uruguay: configuraciones familiares, participación social y detección de dependencia" en *Las personas mayores ante el cuidado*. p.: 11 - 40, INMAYORES - MIDES

Paredes, M. y Pollero, R (2016). "La muerte en la vejez a lo largo de un siglo" Paper presentado al Congreso de la Asociación de Demografía Histórica de España. Junio, 2016. Cádiz.

Pellegrino, A.; Cabella, W.; Paredes, M.; Pollero, R; Varela, C. (2008) "De una transición a otra: la dinámica demográfica del Uruguay en el siglo XX .en "El Uruguay del siglo XX: La sociedad" Tomo III. Benjamín Nahum, Departamento de Sociología, Facultad de Ciencias Sociales. Ed. Banda Oriental.

Pellegrino, A. y Pollero, R. (1998). "Fecundidad y situación conyugal en el Uruguay. Un análisis retrospectivo" en *Cambios demográficos en América Latina: la experiencia de cinco siglos*. Universidad Nacional de Córdoba/IUSSP, pp. 229-250

Quilodrán, J., y F. Juárez (2009) "Las pioneras del cambio reproductivo: un análisis desde sus propios relatos", *Notas de Población*, Vol. 87, pp. 63-94.

Redondo, N., Manzotti, M. y De la Torre, E. (2014). *¿Cuánto cuesta y quién paga la dependencia en las personas mayores?* Buenos Aires: Del Hospital Ediciones.

Robles, L. (2004). El cuidado en el hogar a los enfermos crónicos: un sistema de autoatención, *Cad. Saúde Pública*, 20 (2), 618-625.

Solari, A. (1957) El Fenómeno del "Envejecimiento" en la Población Uruguaya *Revista Mexicana de Sociología*, Vol. 19, No. 2 (May - Aug., 1957), pp. 437-445

Valderrama, M.J. (2006). El cuidado, ¿una tarea de mujeres?, *Vasconia*, 35, 373- 385.

Vaquiroy, S. y Stiepovich, J. (2010). Cuidado informal, un reto asumido por la mujer, *Ciencia y Enfermería*, XVI (2), 9-16.

Varela Petito, C.; Fostik, A.y Pollero, R. (2008) "La fecundidad: evolución y diferenciales en el comportamiento reproductivo" en Varela Petito, Carmen (Coordinadora): "Demografía de una sociedad en transición: la Población uruguaya a inicios del siglo XXI". Ed. Trilce Montevideo, .pp. 35-68.

Zavala de Cosío, M.E. (2014). La transición demográfica en México (1895-2010) en Cecilia Rabell. *Los mexicanos Un balance del cambio demográfico*, Fondo de Cultura Económica, pp.80-114, 2014, Sección de Obras de Sociología.