

El espacio residencial del cuidado en América latina y España¹

Nélida Redondo²

Montserrat Díaz Fernández

M^a del Mar Llorente Marrón³

Sagrario Garay⁴

Carolina A. Guidotti Gonzalez⁵

Lourdes M. Mendoza Villavicencio⁶

Resumen

El acceso a la edad mayor genera en el individuo necesidades específicas que, en el marco del envejecimiento demográfico, repercuten sobre el conjunto de la sociedad. Cuando no se anticipan las medidas y reformas de protección social necesarias para acometer las necesidades derivadas del proceso de envejecimiento, el tránsito de una sociedad hacia la madurez demográfica genera dificultades de funcionamiento.

Las condiciones de alojamiento de las personas mayores suscitan atención en la comunidad internacional dado que representan un factor importante en relación con su independencia y calidad de vida. Disfrutar de una vivienda adecuada, vivir en un ambiente seguro y saludable y permanecer en su propio hogar durante el máximo tiempo posible en función de sus preferencias y necesidades son básicamente los criterios considerados en relación al derecho a la vivienda y entorno saludable de dicho colectivo.

Conocer la estructura del hogar permite estimar necesidades de cuidado, conocer las condiciones de uso y tenencia de la vivienda permite analizar los condicionantes del cuidado. Las dotaciones y equipamientos de la vivienda contribuirán decisivamente a la calidad y tiempo del cuidado. En este trabajo se presenta un análisis comparado de la evolución demográfica, las condiciones (estructura y equipamiento) de las viviendas y las formas de los hogares de los adultos mayores, (co-residencia con otras personas o solo; composición de edades de los hogares con AM multipersonales) en países de Iberoamérica y su evolución durante las dos últimas décadas para describir y realizar inferencias acerca de la aptitud de los entornos residenciales para el cuidado de las personas mayores.

1. La transición epidemiológica en América latina y España

A partir de la segunda mitad del siglo XX, la transición demográfica se extendió a todos los países de América latina, aunque con distintos ritmos y velocidades, como resultado del progresivo descenso de los niveles de fecundidad y mortalidad. Los cambios socioeconómicos, culturales y tecnológicos ocurridos durante la segunda mitad del siglo pasado facilitaron que una transición epidemiológica acompañara el progreso de la transición demográfica. Desde la década de 1950, el descenso de la mortalidad se generalizó en la región a expensas, fundamentalmente, del descenso de la mortalidad infantil y, más recientemente, se

¹ Trabajo presentado en el VI Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, realizado en Lima-Perú, del 12 al 15 de agosto de 2014

² Universidad ISALUD. Correo electrónico: redondo.nelida@gmail.com

³ Universidad de Oviedo. Correos electrónicos: mdiaz@uniovi.es ; mmarron@uniovi.es

⁴ Universidad Autónoma de Nuevo León. Correo electrónico: sgarayv@gmail.com

⁵ Universidade Estadual de Campinas. Correo electrónico: actelian@gmail.com

⁶ Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Correo electrónico: lumimevi@gmail.com

inició el aumento de la longevidad debido al descenso de la mortalidad en las edades avanzadas.

Como resultado de este proceso se están modificando los patrones de causas de muerte y los perfiles de salud-enfermedad de las poblaciones latinoamericanas: desciende el peso de las enfermedades transmisibles (infecciosas, parasitarias y del aparato respiratorio) y del período perinatal y se incrementan las defunciones por enfermedades crónicas y de tipo degenerativo y las provenientes de causas externas, como la violencia y los accidentes. El proceso es notable en los países más ricos de la región, pero con distintos ritmos y velocidades se expande entre los de más bajo crecimiento económico (ver CEPAL 2010 y 2008).

La marcada desigualdad social que caracteriza a los países latinoamericanos genera una diversidad de condiciones de vida que obstaculiza alcanzar el final de las transiciones en todos los sectores y subregiones (Frenk et al. 1989; Palloni, 1990). El desarrollo de los sistemas de atención médica ha hecho disminuir la letalidad de las enfermedades agudas y, en consecuencia, posibilitó la compresión de la mortalidad en las edades más avanzadas y el alargamiento de la longevidad que conlleva. Sin embargo, no siempre el aumento de la longevidad implica una mejora de las condiciones de salud de la población, debido a que puede aumentar la prevalencia de las enfermedades crónicas, más insidiosas y de más larga duración que las enfermedades agudas y las infectocontagiosas.

En los nuevos escenarios epidemiológicos, la evolución de las enfermedades crónicas, de larga duración, ocasiona una creciente carga psicológica, social y económica para las personas, las familias y las comunidades, al mismo tiempo que el aumento de la necesidad de servicios sociales y sanitarios (González y Ham Chande, 2007). Hasta el momento, el aplazamiento de la mortalidad hacia las edades más avanzadas ocasiona el aumento del número de personas que viven durante un largo período de sus vidas padeciendo más de una enfermedad crónica (comorbilidades) que frecuentemente se asocian a la pérdida de autovalimiento para el desempeño de las actividades básicas de la vida diaria y la consecuente dependencia de terceras personas para mantener su sobrevivencia.

En los países de América latina se observan particularidades que merecen ser destacadas. En primer lugar, el aumento de la longevidad y el avance de la transición demográfica se están produciendo con notable velocidad, aún en los países más rezagados. Ambos procesos demográficos se inscriben en un amplio espectro de transformaciones poblacionales que ocurren de manera simultánea, tales como la rápida urbanización, la reducción del tamaño de las familias y su tendencia hacia los arreglos unigeneracionales de residencia, y las migraciones de los adultos jóvenes, entre las dimensiones que más afectan la capacidad del soporte familiar hacia sus integrantes de mayor edad.

Por otra parte, el desarrollo de los sistemas de protección social a la vejez es diverso en la región. Mientras los países del Cono Sur del continente, con envejecimiento demográfico pronunciado, poseen extensos y antiguos sistemas de seguridad social, otros países con poblaciones muy numerosas de adultos mayores y rápido envejecimiento demográfico carecen todavía de cobertura aceptable.

En todos los casos, sean extensos o exigüos, los sistemas de protección social latinoamericanos son herederos de la tradición “familista” (Esping Andersen, 1990; Esping Andersen, 2002; Sunkel, 2006) que caracteriza a los regímenes de los países del sur de Europa. Por este motivo, hasta el momento, los sistemas ofrecen cobertura de ingresos monetarios tras el cese laboral y/o acceso a la cobertura de atención médica para la atención

de la salud pero la atención de las personas con discapacidades o en situación de dependencia es todavía responsabilidad casi exclusiva de las familias.

En los próximos años, se estima que se profundizará la tendencia hasta aquí descrita. En consecuencia, la cantidad y proporción de personas de edad avanzada que requieran apoyo o cuidados de larga duración debido a limitaciones permanentes derivadas de sus dolencias físicas o cognitivas se proyectan en aumento. En este contexto, es necesario interrogarse acerca de la capacidad de las familias latinoamericanas para tener bajo su exclusiva responsabilidad los cuidados de sus integrantes mayores frágiles o con dependencia. Debe tenerse en cuenta que, hasta el momento en los países de la región, la internación geriátrica es la única respuesta institucional ante la incapacidad de las familias de proporcionar soporte.

En la actualidad, existe consenso acerca de la ventaja, la conveniencia y el deseo de la mayoría de las personas mayores de envejecer en casa, aun cuando aparezcan limitaciones permanentes que afectan el autovalimiento. El desarrollo de programas de base comunitaria para apoyar a las personas frágiles o con dependencia a permanecer en sus hogares, con adecuadas condiciones de confort y seguridad, constituye un imperativo para hacer frente con éxito los desafíos que plantean los nuevos escenarios demográficos y epidemiológicos en los países de la región. Con el propósito de contribuir a la discusión sobre el tema, en este trabajo se presenta el análisis comparado sobre el “entorno” de los cuidados, es decir, las modalidades de hogar, familia y vivienda de la población mayor en tres países latinoamericanos: Argentina, Brasil y México que en conjunto agrupan al más numeroso contingente de personas mayores de la región.

En este trabajo, el estudio comparado incluye a España, un país europeo que comparte con América latina la tradición “*familista*” de su sistema de seguridad social pero que introdujo un cambio significativo en el año 2006 con la promulgación de la denominada “Ley de la Dependencia”. Con el establecimiento de esta ley, el Estado español reconoce responsabilidades en el apoyo a las personas con dependencia, transfiriendo de hecho al Estado y a la sociedad, algunas de las funciones que con anterioridad eran obligaciones exclusivas de las familias.

2. El perfil demográfico y epidemiológico de Argentina, Brasil, México y España

El análisis comparado que se presenta en este artículo comprende a países con trayectorias de transición demográfica y epidemiológica claramente diferenciadas. En primer lugar, en el estudio se contrastan realidades correspondientes a distintas regiones geográficas: Argentina y Brasil están ubicados en América del Sur, México en América del Norte y España en el continente europeo. En los cuatro países se hablan lenguas “romances” (portugués y español) y se comparte la raigambre cultural iberoamericana. Argentina y México fueron colonizadas por España, y desde esos lejanos momentos hasta la actualidad se ha mantenido en la historia de los tres países una estrecha relación de intercambio. Por su parte, Brasil y Argentina son países limítrofes que mantienen vínculos de vecindad e intercambio desde sus orígenes como naciones independientes. La porción más austral del territorio brasileño integra el denominado Cono Sur del continente americano, una sub-región caracterizada por su clima sub-tropical y templado, así como por sus elevados índices de desarrollo humano. Finalmente, Brasil y México son los países de América latina con mayor tamaño de población. Ambos países concentran el número más elevado de personas mayores de la región y, sumada a la población mayor de Argentina, en los tres países residía en el año 2010 más de la mitad de los adultos mayores de América latina. Debe destacarse que una característica en común de los cuatro países considerados en este estudio es su organización político-administrativa federal.

2.1 La evolución demográfica y epidemiológica en Argentina

La población argentina está ingresando a la cuarta etapa de la transición demográfica, si se aplicara el modelo clásico de cuatro fases de la “transición demográfica”, tomando el enunciado por Thompson (1969). En el año 2010, las tasas brutas de natalidad y de mortalidad argentinas continuaban en leve descenso, determinando el bajo nivel de crecimiento vegetativo de la población.

Como resultado del proceso iniciado en la década de 1870, cien años más tarde se evidenció el envejecimiento de la población argentina. El descenso de la fecundidad a lo largo del siglo fue la causa del “envejecimiento desde la base de la pirámide” de edades: durante el período se registró el aumento de la proporción de personas de 65 años y más debido a la reducción del número de niños y jóvenes. El proceso de envejecimiento demográfico adquirió notable velocidad a partir del año 1930, cuando se interrumpieron los flujos inmigratorios europeos. En cambio, el coexistente descenso de la mortalidad tuvo, hasta ese momento, escaso impacto en el cambio de la estructura de edades. En la actualidad, la tasa global de fecundidad estabilizada en 2,4 modera el progresivo envejecimiento demográfico argentino.

Según sus causas, el descenso de la mortalidad iniciado a principios del siglo XX en Argentina se asemeja más al proceso de los países europeos y de los Estados Unidos que al que siguieron otras naciones latinoamericanas. La Argentina redujo la mortalidad debido al desarrollo económico de la época. Sin perjuicio de conocer las críticas que el modelo de la transición epidemiológica suscita, Celton (2007) analizó la mortalidad en Argentina siguiendo sus lineamientos. Según su perspectiva, el país ingresó en las primeras etapas de la transición epidemiológica hacia el año 1914, momento en que la tasa de mortalidad tendió a descender en forma constante, sin picos de interrupción. A partir de esa fecha la esperanza de vida al nacer aumentó progresivamente. Al promediar la década de 1950 se detuvo el proceso de disminución de la mortalidad, cuando había alcanzado niveles de control de la mortalidad similares a los de algunos países europeos entre los cuatro y los cincuenta años de las personas. A partir de la década de 1950 se puso en evidencia un cambio en las causas de muerte de la población.

En la década siguiente las enfermedades infectocontagiosas perdían peso frente al aumento de las enfermedades cardio y cerebrovasculares y el cáncer. La tendencia a la disminución de las infecciones y enfermedades parasitarias y la predominancia de las degenerativas se acentuó en las décadas posteriores pero hacia fines del siglo XX y principios del XXI se inició, además, la reducción de la mortalidad por enfermedades cardio y cerebrovasculares, mientras el cáncer se mantenía estable o con ligeros aumentos y las muertes provocadas por accidentes y violencia crecieron aunque de manera menor que otras causas. Lo expuesto sustenta la observación de Celton (op. cit.) quien señala que entre fines del siglo XX y principios del XXI la Argentina habría ingresado en la segunda transición epidemiológica.

A partir de la década de 1980 aumenta la esperanza de vida de la población argentina en toda la distribución de edades, es decir, la mortalidad comenzó a declinar también en las edades avanzadas como consecuencia del control de las enfermedades degenerativas y el cáncer. La etapa se caracteriza por originar el “envejecimiento desde la cúspide de la pirámide” de edades. Es decir, el aumento de la cantidad y la proporción de personas mayores se debe a disminución de su mortalidad. Como en otros países, en la Argentina la transición demográfica y la epidemiológica registraron diferentes duraciones y secuencias según sectores socioeconómicos, en el ámbito urbano o en el rural, así como en las regiones

geográficas que conforman el territorio nacional. Por este motivo, también en Argentina se aplican las observaciones de Frenk et al. y Palloni precedentemente explicitados.

2.2 La evolución demográfica y epidemiológica en Brasil

Entre las décadas de 1940 y 1960 la población brasileña se caracterizó por ser mayoritariamente joven: alrededor de 52% del total tenía menos de 20 años de edad y menos de 3% era mayor de 65 años (Carvalho y Andrade, 1999). La primera etapa de la transición demográfica, caracterizada por un descenso importante en la mortalidad mientras que las tasas de fecundidad se mantenían elevadas, aconteció de forma acentuada a partir de la segunda década del siglo XX. En comparación con la duración del proceso en países europeos, esta etapa tuvo corta duración en Brasil, debido a la aplicación de técnicas médicas y sanitarias importadas de los países centrales.

El descenso en la mortalidad tuvo un impacto inicial de rejuvenecimiento de la población, ya que se concentró principalmente en la mortalidad infantil, provocando un efecto similar a un aumento en la fecundidad. La segunda etapa, de disminución en las tasas de fecundidad, ocurrió en la segunda mitad de la década de 1960 y la trayectoria de descenso se mantuvo en las décadas siguientes. Esta etapa se inició en las áreas desarrolladas y entre los estratos de mayores ingresos y poco después se extendió hacia las otras áreas y estratos. Las regiones sudeste y sur fueron las pioneras en este proceso; en los años setenta la transición alcanzó la región centro-oeste. Con cierto atraso – en los años ochenta – pero con rapidez relativamente mayor, las regiones norte y noreste también se integraron a esta transición de la fecundidad, por entonces ya generalizada. La fecundidad continuó su descenso a lo largo de las últimas décadas, ubicándose abajo del nivel de reposición en 2010.

Mientras que en 2000 5,9% de la población brasileña tenía 65 años o más, ese porcentaje se elevó a 7,4% en 2010. Según proyecciones de las Naciones Unidas, entre 2000 y 2050, la población de adultos mayores aumentará su importancia relativa en el total de la población, pasando del 7,8% al 23,6%. Todo el incremento se concentrará en los adultos mayores, intensificando el envejecimiento demográfico en Brasil, con tasas medias de crecimiento del 3,2% en los adultos mayores y del 4% en personas de edad muy avanzada (80 años y más). La población de edad avanzada debe aumentar hasta 2030/2040, momento a partir del cual las nuevas generaciones nacidas dentro del régimen de bajos niveles de fecundidad comenzarán a incorporarse al grupo y determinarán la trayectoria del mismo.

El proceso de transición epidemiológica en Brasil no ha seguido los trazos del modelo de transición presentado por la mayoría de los países desarrollados, ni tampoco del de algunos países de Latinoamérica, como el de Chile, Cuba, Costa Rica y Argentina. El proceso brasileño se ajusta más al modelo desarrollado por Frenk et al. (1989), pues conviven en él distintos patrones de morbilidad y mortalidad. Como producto de las grandes desigualdades económicas y sociales que todavía persisten, coexisten las enfermedades infecto-contagiosas y parasitarias y las enfermedades degenerativas de forma simultánea y polarizándose entre diferentes regiones. Otra característica de la experiencia brasileña ha sido el retorno de enfermedades como fiebre amarilla y dengue; proceso denominado por Frenk et al. (1989) de “contra-transición”.

Entre los años 2000 y 2010, Brasil experimentó un notable éxito en la reducción de la mortalidad precoz, decayendo considerablemente las defunciones ocurridas antes de los veinte años de edad. Entre otros factores, las mejoras en las condiciones habitacionales – particularmente al aumento relativo de los hogares con saneamiento básico – colaboraron en la

disminución de la mortalidad infantil, que pasó de 31,7% en 1999 a 22,5% en 2009. Sin embargo, esa tasa continúa siendo elevada en comparación a la de otros países de la región, como México y Chile.

2.3. La evolución demográfica y epidemiológica en México

En México durante las primeras décadas del siglo XX se registró un descenso de la mortalidad que se acentuó en la década de 1940. Se estima que la tasa de mortalidad infantil pasó de 317 muertes por cada mil nacidos vivos en 1930 a 110 por cada mil nacidos vivos en 1970 (Partida, 2005). Mientras la tendencia del descenso de la mortalidad continuaba, en la década de 1960 se registraron los primeros indicios de la caída de la natalidad, los que se complementaron con las políticas de planificación familiar.

La segunda fase de la transición demográfica significó que la descendencia de los hijos e hijas de las personas mayores 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. Como efecto del descenso de la mortalidad, la esperanza de vida pasó desde 30 años en 1910 a 50 años en 1950, a 72.6 años en 1990 y a 74 en 2000. Este proceso dio por resultado que los hogares con tres o cuatro generaciones comenzaran a ser visibles en las últimas décadas del siglo XX.

Cabe decir que, a pesar de la disminución en la mortalidad y el incremento en la esperanza de vida, la transición epidemiológica en México presenta un patrón polarizado en el cual coexisten enfermedades infecto-contagiosas y crónico-degenerativas. Durante la primera mitad del siglo XX, las principales causas de muerte se debían a enfermedades infecciosas como por ejemplo neumonía, influenza e infecciones estomacales. Estas fueron las principales causas de muerte hasta los años sesenta. Estas enfermedades infecciosas disminuyeron con la introducción y aplicación de vacunas y antibióticos. No obstante, en años más recientes el espectro de enfermedades infecciosas ha cambiado con la aparición y reaparición de infecciones de transmisión sexual, cólera, paludismo, tuberculosis, así como ciertos cuadros de neumonía e influenza; si bien es cierto que las cifras de mortalidad por estas enfermedades no es alta estas enfermedades son un foco de atención en los sistemas de salud (CONAPO, 1999: 18).

Por su parte, en relación con las enfermedades crónico - degenerativas se sabe que alrededor de 1950, las enfermedades del corazón aparecen entre las cinco principales causas de muerte, ocupando el primer lugar a partir de 1990. A su vez, el cáncer comienza a estar presente en las causas de mortalidad en los años sesenta y logra ocupar el segundo lugar a partir de los ochenta; de forma similar ocurre con la diabetes mellitus, la cual se mantiene en las cinco principales causas de muerte desde los sesenta. La aparición de estas enfermedades se ha asociado con factores genéticos, pero también con los estilos de vida de la población mexicana y con los procesos de industrialización en el país (CONAPO, 1999: 18).

2.4. La evolución demográfica y epidemiológica en España

La situación actual de la demografía española se caracteriza por registros bajos de fecundidad y mortalidad, envejecimiento poblacional e inmigración creciente. Su situación plantea problemas de futuro que a medio y largo plazo exigirán cambios de mentalidad y también en el sistema productivo.

La evolución reciente de la población española muestra una intensificación de su crecimiento debido al incremento de la población extranjera. En el período 1981-2001 llegaron a España

más de tres millones y medio de extranjeros. En términos de *crecimiento vegetativo*, la trayectoria tradicionalmente decreciente experimentó un punto de inflexión en 2001 con registros de ganancia sustantivos hasta el final de la primera década del nuevo milenio. La reducción del volumen total de nacimientos hasta 1998 y los logros registrados por los indicadores de mortalidad explican dicha disminución y de ella se deriva la actual estructura poblacional.

La evolución secular de la mortalidad se ha caracterizado por la disminución de sus tasas y probabilidades de muerte a cada edad. La natalidad ha sido el componente que más ha variado en los últimos años. La intensa caída de la fecundidad española en los últimos veinticinco años explica la mayor parte de los cambios registrados. España ha pasado de tener en 1975 la fecundidad más elevada de la Europa Comunitaria, detrás de Irlanda, a ser, junto con Italia, uno de los países con más baja fecundidad. La evolución del Índice Sintético de Fecundidad (ISF) constata la situación de deterioro, con una evolución decreciente hasta el año 1996, 1,16 hijos por mujer, si bien a partir de 1999, su evolución experimentó un cambio de tendencia registrando en 2008 1,44 hijos por mujer. Las explicaciones a dicho descenso no parecen responder a una causa única, sino más bien al efecto conjunto de una amplia panoplia de factores como la crisis económica, la incorporación de la mujer al mercado de trabajo, o el establecimiento de nuevas estructuras familiares.

El componente migratorio ejerce en la actualidad, a diferencia de períodos anteriores, un importante efecto sobre el comportamiento futuro de la población española. La población extranjera se ha multiplicado casi por cinco en una década, pasando de 353.367 residentes extranjeros en 1991 a 5.252.473 en 2011, lo que supone un 11,21 por ciento de la población española y un incremento de casi ocho puntos porcentuales en el último período intercensal.

La evolución que experimentó la estructura por edades durante el último período intercensal, se manifiesta principalmente por la brusca reducción de los segmentos más jóvenes. La masiva llegada de población extranjera (mayoritariamente más joven que la española) no ha impedido que en los diez años transcurridos desde el último censo el índice de envejecimiento continúe mostrando un marco demográfico envejecido. La denominada población adulta, población de 65 años y más, a 1 de noviembre de 2011 (referencia censal) se cifraba en 8.116.350 de efectivos poblacionales (17,34 por ciento de la población total). De forma continuada y creciente desde 1981 el índice de envejecimiento supera el considerado registro de referencia, 10 por ciento, que diagnostica una situación de envejecimiento que en España se observa especialmente acelerado, en menos de 30 años se ha duplicado el número de personas mayores de 65 años.

3. El envejecimiento demográfico en los cuatro países durante el período 2001-2010

Como resultado de la evolución demográfica y epidemiológica descrita, en la primera década del siglo las poblaciones de los tres países latinoamericanos progresaron en su envejecimiento, mientras que España, el país con envejecimiento demográfico más pronunciado, registró un leve rejuvenecimiento. En cambio, en los cuatro países se acentuó el envejecimiento dentro del envejecimiento, es decir, aumentó la proporción de personas mayores de 80 años sobre el total de las respectivas poblaciones (cuadro 1). Como se explicó, el envejecimiento dentro del envejecimiento es consecuencia de la disminución de la mortalidad en las edades avanzadas que se evidencia en todos los países considerados en este estudio. Este indicador demográfico es, hasta el presente, el mejor estimador de necesidad de implantar sistemas de cuidados y apoyo para las personas mayores frágiles y con dependencia. La proporción de personas de edad extrema en España más que duplica la

proporción de Argentina, que es el país americano analizado en este estudio con más pronunciado envejecimiento desde la cúspide de la pirámide.

Cuadro 1. Porcentaje de personas de 65 años y más y porcentaje de personas de 80 años y más. ESPAÑA. ARGENTINA. BRASIL y MÉXICO. Circa 2000-Circa 2010

Países	Porcentaje de 65 años y más		Porcentaje de 80 años y más	
	Circa 2000	Circa 2010	Circa 2000	Circa 2010
España(****)	17,4	17,3	3,8	5,3
Argentina (*)	9,9	10,2	2,1	2,5
Brasil (**)	5,8	7,4	1,1	1,5
México (***)	5,0	6,3	0,2	1,4

(*) Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda 2001 y 2010

(**) Censo Demográfico del IBGE, 2000 y 2010

(***) Censo Nacional de Población y Vivienda 2000 y 2010

(****) Censo de Población y Viviendas 2001 y 2011

El envejecimiento del envejecimiento ocasiona el aumento de las cargas potenciales de dependencia funcional sobre las familias y la comunidad. Hasta el momento, las personas de edad extrema poseen más posibilidades de sufrir discapacidades o limitaciones permanentes derivadas de enfermedades crónicas. Tradicionalmente, las familias, y dentro de ellas las mujeres, son las responsables de prestar ayuda, apoyo o cuidados a las personas mayores que perdieron la autovalidez por problemas físicos o cognitivos. Sin embargo, el aumento de la proporción de personas de 80 años y más puede generar un aumento excesivo de carga sobre los cuidadores familiares. El índice de dependencia potencial de padres refleja con claridad una evolución en este sentido pues relaciona la cantidad de personas de 80 años y más con la población de 50 a 64 años que se consideran sus potenciales hijos (cuadro 2). El indicador es particularmente sensible para captar el efecto de la migración de adultos jóvenes sobre la capacidad de soporte en las comunidades. El aumento de las cargas de dependencia potencial puede aumentar por la emigración de población adulta que ocasiona la reducción de la población de 50 a 64 años, es decir, de los potenciales hijos.

Cuadro 2. Índice de dependencia potencial de padres. ESPAÑA. ARGENTINA. BRASIL y MÉXICO. Circa 2000 – Circa 2010

Países	Circa 2000	Circa 2010
España(****)	24,3	27,1
Argentina (*)	16,2	18,0
México (***)	s/d	12,4
Brasil (**)	10,4	11,7

(1) Índice de dependencia potencial de padres = población de 80 años y más / población de 50 a 64 años x 100

(*) Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda 2001 y 2010

(**) Censo Demográfico del IBGE, 2000 y 2010

(***) Censo Nacional de Población y Vivienda 2000 y 2010

(****) Censo de Población y Viviendas 2001 y 2011

El mayor índice de dependencia potencial de padres de México en relación con Brasil, aunque posee una proporción menos elevada de personas de 80 años y más sobre el total de su población, se puede deber a la emigración de población adulta joven. La emigración de población adulta joven afecta pues, la transferencia intergeneracional de cuidados en el seno

de las familias y es otro aspecto que debe tenerse en cuenta en el diseño de las políticas específicas.

3.1 Los sistemas de protección social para la vejez en los cuatro países

España, como otros países de Europa continental, posee un antiguo sistema de asistencia y protección social que ha sufrido importantes reformas a partir de las últimas décadas del siglo XX. En la actualidad, en España, mediante el sistema de la seguridad social, el Estado garantiza a las personas comprendidas en su campo de aplicación, así como a los familiares o asimilados que tuvieran a su cargo, la protección adecuada frente a las contingencias y en las situaciones que se contemplan en la Ley General de la Seguridad Social. Su diseño se configura en tres niveles: a) nivel contributivo, de ámbito profesional y carácter público y obligatorio, que protege a los trabajadores mediante prestaciones proporcionales a la contribución o cotización realizada; nivel no contributivo (o asistencial), también de carácter público y obligatorio, que otorga protección a todos los ciudadanos ante estados reales de necesidad medidos en relación con la carencia de rentas o recursos para subsistir; y c) nivel complementario, de carácter voluntario, que puede complementar pero nunca sustituir las prestaciones públicas derivadas de los dos niveles anteriores. El informe “Un perfil de las personas mayores en España, 2013” elaborado por el Ministerio de Economía y Competitividad revela que en la actualidad, la práctica totalidad de las personas mayores recibe alguna prestación económica del sistema público de pensiones, ya sea de forma directa o a través de la pensión del cónyuge.

Argentina es un país con envejecimiento demográfico temprano que acompañó la evolución poblacional con la creación de un sistema nacional de protección social para la vejez. El sistema argentino es uno de los más antiguos y extensos de América latina y combina prestaciones contributivas sobre la nómina salarial y prestaciones no contributivas dirigidas a la población mayor de 70 años sin aportes previsionales y con recursos materiales insuficientes. Como resultado de este amplio abanico normativo, la cobertura del sistema de protección social es extensa, y alcanza prácticamente la universalidad en la población de edad extrema.

Por su parte, las modificaciones en la estructura etaria brasileña han sido acompañadas por sustantivas modificaciones en los marcos regulatorios del país, con el objetivo asegurar derechos para los diferentes sectores poblacionales. En el caso específico de la población adulto mayor⁷, en las últimas décadas han habido claros progresos en términos de garantía de ingresos, mejoras de las condiciones de salud y prevención de la violencia. Entre estas mudanzas, a partir de finales de la década de 80, con la implementación de una nueva constitución, fue garantizado el derecho a acceso universal a la seguridad social. Siguiendo directrices internacionales, principalmente luego de aprobado el Plan de Acción de la Segunda Asamblea Mundial de Envejecimiento de 2002, fueron realizadas dos conferencias nacionales sobre envejecimiento y aprobado en el año de 2003 el “Estatuto del adulto mayor”⁸, que presenta, en una única pieza legal varias leyes y políticas, dando un tratamiento integral al establecimiento de medidas con vistas a asegurar el bienestar de las personas de edad. Aunque con alcance diferencial entre diversos programas y diferencias en la implementación entre regiones, estos marcos muestran una preocupación creciente por el bienestar de este segmento poblacional.

⁷ Según la legislación brasilera, son consideradas adultas mayores las personas con sesenta o más años.

⁸ “Estatuto do Idoso”

En México, el envejecimiento demográfico se ha enfrentado con diversas problemáticas asociadas a la cobertura social de la población mayor, fundamentalmente el acceso a servicios en instituciones de salud y el derecho a una pensión por retiro laboral. Datos para el año 2005 en México muestran que la cobertura de los servicios salud hacia la población con 65 años o más sigue siendo limitada. En años recientes el gobierno federal implantó un programa llamado Seguro Popular, que ha permitido el acceso a ciertos servicios médicos a las personas que no están afiliadas en instituciones de salud⁹. Sin embargo, pese a la promoción e inclusión de diversos sectores poblacionales en este programa, no ha logrado cubrir hasta el momento al total de las personas con 65 años o más sin derechohabencia. Otro aspecto relacionado con la cobertura social de la población con 65 años o más es la recepción de ingresos derivados de jubilaciones o pensiones. En 2006 se observó que sólo el 17.3 por ciento de la población de 65 años y más recibía ingresos por esa fuente. El hecho de que una gran proporción de la población adulta mayor no reciba ningún tipo de pensión o jubilación generalmente ocasiona la mayor participación económica de la población adulta mayor (Montes de Oca, 1995; Pedrero, 1999; Solís, 2001).

La evolución de los sistemas de protección social para la vejez precedentemente detallada para cada uno de los países considerados da por resultados tasas de cobertura diferenciadas. Mientras que en Argentina y España la cobertura previsional aumentó en la década y se acercaba en el año 2010 a la universalidad, en Brasil disminuyó levemente aunque en niveles que superan al 80% de la población de adultos mayores. En México, en cambio, es notorio el retraso en materia de cobertura de jubilaciones y pensiones. La consecuencia más importante de las políticas de protección social es la significativa disminución de la pobreza entre las personas mayores de España, Argentina y Brasil.

Cuadro 3. Porcentaje de personas de 65 años y más que recibe jubilaciones o pensiones. ARGENTINA. BRASIL. ESPAÑA y MÉXICO. circa 2000 – circa 2010

Países	Circa 2000	Circa 2010
Argentina (*)	70,2	93,0
España (****)	78,9	92,2
Brasil (**)	86,2	83,6
México (***)	30,1	

(*) Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda 2001 y 2010

(*) En Argentina los datos de cobertura son sobre el total de las personas de 65 años y más que viven en viviendas particulares.

(**) Censo Demográfico del IBGE, 2000 y 2010. Según la legislación laboral brasilera, es posible acumular ingreso por jubilaciones o pensiones y permanecer en actividad laboral remunerada.

(***) Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 1997 y 2009

(****) Censo de Población y Viviendas 2001 y 2011; Agencia Estatal de la Administración Tributaria

4. Las modalidades de convivencia de la población de adultos mayores en los cuatro países

El envejecimiento demográfico y las políticas de protección social a la vejez son determinantes de los tipos de hogares y arreglos de convivencia que establecen las poblaciones de adultos mayores. Los patrones culturales y otras políticas, fundamentalmente las de acceso a la propiedad de la vivienda son también determinantes de las modalidades de convivencia de la población de edad avanzada. En general se suele consensuar que en los

⁹ Básicamente este seguro está dirigido a trabajadores no asalariados (agricultores, trabajadores por honorarios, personas que se desempeñan en el mercado informal, etc.), o bien a los sectores económicos más desprotegidos.

países con poblaciones envejecidas en los que se implantaron sistemas de protección de ingresos monetarios para la vejez las familias tienden a los arreglos unigeneracionales de convivencia y a la disminución de los tamaños de los hogares. Laslett (1995) señala, además, que es difícil establecer qué consecuencias son atribuibles al envejecimiento de las poblaciones y cuáles a los procesos de industrialización, urbanización y modernización en los que se inscribió esta evolución demográfica pero destaca que la aparición del denominado “nido vacío”, es decir, de la pareja que convive sola tras la independencia de sus hijos adultos, es una consecuencia exclusiva del envejecimiento de las poblaciones.

En este estudio se analizan las modalidades de allegamiento habitacional de las personas mayores desde dos enfoques: a) las relaciones de parentesco con el jefe de hogar; y b) la convivencia generacional de los integrantes del hogar. Desde las dos perspectivas es posible aproximarse a la capacidad de soporte familiar para la atención de personas con discapacidades, fragilidad o dependencia.

Es sabido que en ausencia de políticas de seguridad social que protejan a las personas mayores del riesgo de dependencia, son los familiares quienes tienen la exclusiva responsabilidad de prestar apoyo. Sin embargo, si las personas mayores viven con otras personas que también son mayores se pueden estimar problemas en la capacidad de soporte familiar. Asimismo, en los hogares unipersonales de personas mayores aumenta la probabilidad que la persona frágil o con dependencia esté sola en momentos en que necesita apoyo imprescindible para la cotidianidad. El riesgo de desprotección, abandono o negligencia de cuidados aumenta en los hogares unipersonales de personas mayores.

En los hogares “nido vacío”, es decir, de parejas solas de personas mayores, la carga recae con fuerza en el o la cónyuge de la persona con dependencia. El o la cuidador/a familiar es entonces otra persona mayor cuya salud se puede deteriorar debido a la magnitud del esfuerzo físico o emocional. La mejor alternativa para el apoyo funcional de las personas mayores frágiles o con dependencia es la modalidad de residencia en la que conviven familiares más jóvenes. Sin embargo, a medida que envejecen las poblaciones y aumenta el proceso de urbanización la convivencia intergeneracional tiende a disminuir.

En el cuadro 4 se presenta la distribución porcentual de la población de 65 años y más según el tipo de hogar, definido a partir de la relación de parentesco con el jefe. Durante la década 2000-2010, en los cuatro países considerados en este estudio se verificó el aumento de la proporción de hogares unipersonales y la disminución de las familias extensas o compuestas, es decir, de familias en las que conviven distintos núcleos conyugales con o sin otros familiares o no familiares.

En cambio, se observan dos patrones distintos de evolución de hogares de pareja sola y familia nuclear (completa o incompleta) con hijos convivientes. Mientras en España y en Argentina aumentó la proporción de personas mayores conviviendo con hijos, manteniéndose estable (Argentina) o descendiendo francamente (España) la proporción de personas mayores conviviendo con el cónyuge en la modalidad de “nido vacío”, en Brasil y México tiende a aumentar la proporción de parejas solas y a disminuir la convivencia con hijos adultos.

Es difícil ofrecer hipótesis interpretativas de estas diferencias en las variaciones intercensales. Según la literatura internacional sobre familia y envejecimiento demográfico (Laslett, op. cit.) sería esperable que a medida que aumenta el envejecimiento demográfico se incremente la proporción de personas conviviendo solamente con su cónyuge. Sin embargo, Hennessy (1995) apunta que los sistemas protección social, en concordancia con otras políticas públicas

(Walker, 1990), fundamentalmente las del mercado de trabajo y las de acceso a la vivienda propia, condicionan las maneras en las que las familias organizan sus vidas. En España, la crisis económica reciente y el aumento de la tasa de desempleo juvenil pueden subyacer tras la tardía independencia de los hijos adultos de los hogares paternos. En la Argentina, la carencia de créditos hipotecarios podría obstaculizar el acceso a la vivienda propia de jóvenes que permanecen por más tiempo en los hogares de sus padres o madres.

La convivencia unigeneracional o multigeneracional¹⁰ en los hogares con personas mayores ofrece una perspectiva complementaria a las observaciones precedentes. En el cuadro 5 se puede observar que se verifica una asociación positiva entre envejecimiento demográfico y arreglos unigeneracionales de convivencia. En los dos países con más pronunciado envejecimiento demográfico aumenta la proporción de personas mayores que reside en hogares monogeneracionales, es decir, de una persona sola o de varias personas todas de 65 años y más. En España, más del 60% de la población de 65 años y más residen en arreglos unigeneracionales, en tanto en la Argentina esa proporción es cercana al 50% de la población mayor. En cambio, en Brasil y en México la proporción no alcanza todavía al 40 % de los adultos mayores. En los cuatro países considerados en este estudio, el aumento de los hogares unipersonales durante el período intercensal explica la tendencia al incremento de la proporción de personas mayores en arreglos unigeneracionales de convivencia. Asimismo, en el caso español, la disminución de los hogares de pareja sola se compensó con el marcado aumento de los hogares “no familiares” que se caracterizan por la ausencia de familiares nucleares. Es posible que estos hogares conformen arreglos residenciales unigeneracionales, de todas personas de 65 años y más.

A los fines de este estudio, se debe subrayar la tendencia a la disminución de la proporción de personas mayores residiendo en el seno de familias extensas y compuestas que se registró en el período 2001-2010 en los cuatro países considerados, y es más notoria en España que es el país con mayor envejecimiento demográfico. Sobre la base del conocimiento de las modalidades de hogares y allegamiento residencial entre las generaciones se puede apreciar la capacidad de las familias para prestar apoyo a sus parientes mayores frágiles o con dependencia. Las características de las viviendas en las que estos hogares residen aportan otra información de importancia para estimar las necesidades de servicios a este grupo poblacional.

5. El entorno residencial de los cuidados

Como se mencionó, el derecho a envejecer en casa es uno de los principios que rige la programación de servicios dirigidos a personas mayores con pérdida de autovalimiento debido a discapacidades crónicas físicas o cognitivas. Para alcanzar este objetivo de políticas, los países con poblaciones de envejecimiento avanzado, España entre ellos, han implantado políticas públicas y regulan la oferta privada de servicios y prestaciones de base comunitaria, incluidos los servicios en domicilio, que se proponen contribuir a que las personas mayores vivan en sus hogares con el máximo nivel de autonomía, confort y seguridad posibles. Sin embargo, el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre Envejecimiento (en adelante MIPAA por sus siglas en inglés) realizó un claro llamado de alerta (NU, 2002: 45):

“En los dos decenios últimos, la atención comunitaria y el envejecimiento en el seno de la propia comunidad han pasado a ser un objetivo de las políticas de muchos gobiernos.

¹⁰ Nótese que en este artículo se denomina multigeneracional a un arreglo de convivencia que no necesariamente supone en sentido estricto la coexistencia de distintas generaciones en un mismo hogar. En este estudio se define como multigeneracional al hogar con personas mayores en el que al menos un integrante es menor de 65 años de edad.

En ocasiones el motivo subyacente ha sido financiero, porque, partiendo del supuesto de que las familias prestarán la mayor parte de la atención, se espera que la asistencia comunitaria cueste menos que la residencial. Si no se les presta una ayuda suficiente, los miembros de la familia encargados de atender a las personas de edad pueden verse superados por esa carga. Además, aun en los casos en que existen sistemas estructurados de asistencia comunitaria, éstos suelen carecer de la capacidad suficiente porque tienen escasos recursos y están mal coordinados. En consecuencia, la asistencia residencial puede no ser la solución preferible para las personas de edad enfermas y para los encargados de atenderlas. Dada la multiplicidad de aspectos que presentan estas cuestiones, es conveniente disponer de diversas soluciones económicamente asequibles que abarquen desde la asistencia familiar hasta la institucional. En última instancia, la participación de las personas de edad en la evaluación de sus propias necesidades y la supervisión de la prestación de los servicios es decisiva a la hora de optar por la solución más conveniente”.

Cuadro 4. Cantidad de personas de 65 años y más y distribución porcentual según el tipo de hogar. ARGENTINA, BRASIL, ESPAÑA y MÉXICO. circa 2000 y circa 2010

Países	Circa 2000						Circa 2010					
	Total de la población de 65 años y más	Unipersonal	Pareja Sola	Nuclear con hijos	Extensa o compuesta	No familiar	Total de la población de 65 años y más	Unipersonal	Pareja Sola	Nuclear con hijos	Extensa o compuesta	No familiar
España (****)	6.796.936	20,0	42,5	21,1	14,1	2,4	7.933.775	21,5	38,8	28,0	6,6	11,7
Argentina (*)	3.486.895	19,6	27,8	16,7	34,9	1,0	3.986.269	21,2	27,9	17,5	32,1	1,2
México (***)	4.750.311	11,6	20,4	22,8	45,2	0,0	6.938.913	15,4	20,8	20,6	42,8	0,4
Brasil (**)	9.773.208	12,4	20,1	25,0	42,6	-	13.945.319	14,7	22,2	24,2	38,9	-

(*) Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda 2001 y 2010

(**) Censo Demográfico del IBGE, 2000 y 2010

(**) Para Brasil, los datos de tipo de hogar "Extenso o compuesto", incluye también al tipo de hogar "No familiar".

(***) Los números absolutos corresponden a datos del Censo de Población y Vivienda 2000 y 2010. Los porcentajes se calcularon a partir de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 1997 y 2009

(****) Censo de Población y Viviendas 2001 y 2011

Cuadro 5. Cantidad de personas de 65 años y más y distribución porcentual según el tipo de hogar. ARGENTINA, BRASIL, ESPAÑA y MÉXICO. circa 2000 y circa 2010

Países	Circa 2000					Circa 2010				
	Total	Monogeneracionales (1)		Multigeneracionales (2)		Total	Monogeneracionales (1)		Multigeneracionales (2)	
		Unipersonales	Multipersonales	Con jefe de 65 años y más	Con jefe menor de 65 años		Unipersonales	Multipersonales	Con jefe de 65 años y más	Con jefe menor de 65 años
España (****)	6.796.936	20,0	40,6	39,44		7.933.775	21,5	44,0	34,44	
Argentina (*)	3.486.895	19,6	27,5	37,4	15,5	3.986.269	21,2	26,6	37,5	14,7
México (***)	4.750.311	11,6	25,6	48,1	14,7	6.938.913	15,4	23,2	51,1	10,3
Brasil (**)	9.773.208	12,4	17,3	52,4	17,9	13.945.319	14,7	19,0	47,7	18,7

(1) Monogeneracionales: Todos los integrantes del hogares son personas de 65 años y más.

(2) Multigeneracionales: Al menos uno de los integrantes del hogar es una persona menor de 65 años.

(*) Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda 2001 y 2010

(**) Para Brasil, los datos de tipo de hogar "Extenso o compuesto", incluye también al tipo de hogar "No familiar".

(***) Los números absolutos corresponden a datos del Censo de Población y Vivienda 2000 y 2010. Los porcentajes se calcularon a partir de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2006 y 2009

(****) Censo de Población y Viviendas 2001 y 2011

En la actualidad, los países con envejecimiento poblacional avanzado en Europa, América del Norte, Oceanía y Japón han desarrollado sistemas de atención a las personas mayores frágiles o con dependencia, en su afán por complementar la acción de las familias que, hasta años recientes, eran las exclusivas responsables de brindar asistencia.

En España, a partir del año 2006 se estableció el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) que tiene por finalidad principal la garantía de las condiciones básicas y la previsión de los niveles de protección a todas las personas en situación de dependencia, sirviendo de cauce tanto para la colaboración y participación de las administraciones públicas, como para la optimización de los recursos públicos y privados disponibles. Las prestaciones de atención a la dependencia pueden tener la naturaleza de **servicios** y de **prestaciones económicas**. Los primeros tienen carácter prioritario y se concretan en servicio de prevención de situaciones de dependencia y promoción de autonomía personal, servicio teleasistencia, servicio de ayuda a domicilio, servicio de centro de día y de noche y servicio de atención residencial.

En los países de América latina, incluidos los tres considerados en este estudio, la cobertura ante del riesgo de dependencia no se ha incorporado todavía a los sistemas de protección a la vejez. Por este motivo, son las familias las exclusivas responsables de prestar su ayuda y, en caso de insuficiente capacidad de apoyo, la internación en los denominados “hogares geriátricos” constituye la única oferta alternativa. Sin embargo, la evolución social y demográfica de las sociedades latinoamericanas exige debatir la conveniencia de establecer una programación innovadora que permita transferir al Estado, a la sociedad y al mercado una parte de la carga que actualmente sobrellevan las redes de parentesco.

Con el propósito de contribuir en la orientación de las políticas sobre la cuestión, este estudio analizó las características de las viviendas en las que residen los distintos tipos de hogares con adultos mayores. Las dos preguntas que guían la investigación son:

- ¿Qué servicios para la dependencia serían necesarios implantar para complementar el esfuerzo de los familiares o vecinos?
- Establecidos esos servicios, ¿todas las personas mayores frágiles o con dependencia podrían mantenerse en sus domicilios en condiciones convenientes seguridad y confort?

5. 1. Hogares con adultos mayores y situación de las viviendas

La vivienda proporciona la estructura básica de confort y seguridad a sus habitantes. En el caso de las personas mayores, interesa especialmente conocer la proporción que reside en contextos físicos precarios. Los datos censales permiten conocer los tipos de viviendas en los que residen las personas mayores. Las casas y los departamentos son las edificaciones más confortables, en tanto otros tipos de viviendas, tales como los ranchos, inquilinatos, viviendas en villa, o viviendas en lugares de trabajo se consideran estructuras precarias para la habitación. Los censos y encuestas de población captan los diferentes tipos de viviendas. En el cuadro 6 se distribuye a la población de adultos

mayores de tres de los países analizados¹¹ según el tipo de hogar y vivienda en los que residen. El cuadro muestra que en los tres países, la amplia mayoría de las personas mayores residen en viviendas potencialmente adecuadas. Es decir, son ínfimos los porcentajes de personas mayores residiendo en viviendas inconvenientes, agrupadas en la categoría “otros tipos”. Sin perjuicio de ello, debe prestarse atención al 9% de parejas solas españolas y el 1,2% de hogares unipersonales argentinos residiendo en viviendas precarias.

Cuadro 6. Cantidad de personas de 65 años y más y distribución porcentual según tipo de vivienda por tipo de hogar. ARGENTINA. BRASIL. ESPAÑA. 2001-2010

Tipo de hogar	Circa 2000				Circa 2010			
	Total	Casa	Departamento	Otros tipos (1)	Total	Casa	Departamento	Otros tipos (1)
ARGENTINA								
Total	2.389.433	70,7	28,5	0,8	2.666.129	70,7	28,6	0,7
Hogar Unipersonal	495.927	58,8	40,2	1,0	611.444	59,7	39,1	1,2
Hogar de Pareja Sola	751.661	67,7	32,0	0,3	801.014	64,9	34,3	0,8
Hogar nuclear con hijos	400.467	78,0	21,2	0,8	493.303	79,4	20,0	0,6
Extensa o compuesta	729.914	77,6	21,3	1,1	744.145	79,5	20,1	0,3
No familiar	11.464	77,7	20,2	2,1	16.223	94,8	5,2	0,0
BRASIL								
Total	8.007.156	88,2%	11,2%	0,5%	11.722.553	87,9%	11,9%	0,2%
Hogar Unipersonal	1.032.907	81,6%	16,3%	2,1%	1.776.912	81,8%	17,7%	0,5%
Hogar de Pareja Sola	1.608.254	85,9%	13,8%	0,3%	2.558.113	85,8%	14,1%	0,1%
Hogar nuclear con hijos	1.973.368	89,0%	10,7%	0,3%	2.824.515	88,3%	11,6%	0,2%
Extensa o compuesta	3.392.627	90,9%	8,8%	0,3%	4.563.013	91,3%	8,5%	0,2%
No familiar	-	-	-	-	-	-	-	-
ESPAÑA (2)								
Total	6.796.936	46,6%	53,0%	0,3%	7.933.775	12,6	86,2	1,2
Hogar Unipersonal	1.358.937	45,8%	53,8%	0,4%	1.709.185	12,1	86,9	1,0
Hogar de Pareja Sola	2.885.836	45,2%	54,4%	0,3%	3.078.125	4,9	86,3	9,0
Hogar nuclear con hijos	1.431.138	45,43%	52,9%	3,29%	1.698.195	12,7	86,5	1,1
Extensa o compuesta	957.545	54,0%	45,6%	1,81%	520.625	12,4	84,9	1,6
No familiar	163.480	44,7%	54,9%	3,5%	927.645	13,5	85,1	1,6

1) Incluye Vivienda en lugar de trabajo, Inquilinato, Vivienda en villa y otros.

Argentina: INDEC. Encuesta Permanente de Hogares (EPH) octubre de 2001 y Encuesta Permanente de Hogares (EPH) segundo semestre de 2010

Brasil: IBGE. Censos Demográficos 2000 y 2010. Domicilios de áreas urbanas.

España: Censo de Población y Vivienda 2001 y 2011

La tenencia de la vivienda en la que residen es una de las dimensiones de mayor peso para evaluar la capacidad de las personas mayores de envejecer en sus hogares. Según el ya clásico modelo biográfico propuesto por Laslett en “*La emergencia de la tercera edad*” (1989) para describir el ciclo de vida después del envejecimiento de las poblaciones, la primera edad se caracteriza por la adquisición de habilidades para incorporarse al mercado de trabajo, la segunda edad por la formación de la familia, el trabajo y la acumulación de patrimonio y la tercera por el disfrute de los ingresos corrientes y los bienes patrimoniales durante largos períodos antes del fallecimiento. El modelo describía la realidad de las cohortes que envejecieron tras permanecer en el mercado laboral durante los treinta años gloriosos del Estado de bienestar occidental, entre 1945 y 1975.

¹¹ México no tiene datos homólogos por lo que no se incluye en este cuadro. Asimismo, las definiciones censales de casa o departamento pueden ser diferentes en España de las que se utilizaron en Brasil o Argentina. Sin embargo, aun con morfologías diferentes, no se alteran las condiciones de solidez de las edificaciones.

En la actualidad, ya están ingresando a la edad mayor o “tercera edad” según la denominación de Laslett, cohortes que fueron afectadas por la des-industrialización, el elevado desempleo, o el ajuste de las políticas de bienestar. Cabe entonces preguntarse si la acumulación de patrimonio descripta por Laslett es un “efecto edad”, tal como el autor sugiere, o se trata más bien de un “efecto cohorte”. La observación del cuadro 7 permite afirmar que la propiedad de la vivienda es extensa en las poblaciones de adultos mayores analizados en este estudio. En todos los casos, más del 80 % de las personas mayores son propietarias de las viviendas en las que residen los hogares. Sin embargo, debe señalarse que en Argentina y España, dos países que atravesaron importantes crisis económicas en los años recientes, disminuyó levemente el porcentaje de propietarios durante la década 2000-2010. Si bien no se deben formular comentarios al respecto, es necesario continuar la serie histórica sobre esta dimensión. También es de interés destacar que las personas mayores que viven solas en Brasil y Argentina son en menores proporciones propietarias que en los restantes tipos de hogar.

El análisis de la información permite inferir que, hasta el momento, tanto el tipo de edificación de las viviendas como la propiedad de las mismas constituyen dos fortalezas de las poblaciones mayores iberoamericanas a la hora de estimar las necesidades de servicios de apoyo.

Cuadro 7. Cantidad de personas de 65 años y más y distribución porcentual según tenencia de las viviendas por tipos de hogar. ARGENTINA. BRASIL. ESPAÑA. MÉXICO. 2001-2010

Tipo de hogar	Circa 2000					Circa 2010				
	Total	Propietario	Inquilino	Ocupante gratuito	Otra situación (1)	Total	Propietario	Inquilino	Ocupante gratuito	Otra situación (1)
ARGENTINA										
Total	2.389.433	86,2	5,7	4,5	3,5	2.666.129	84,2	6,2	3,3	6,2
Hogar Unipersonal	495.927	76,4	9,4	9,6	4,6	611.444	76,8	9,6	6,8	6,5
Hogar de Pareja Sola	751.661	89,9	3,9	3,6	2,7	801.014	84,8	5,1	2,0	8,1
Hogar nuclear con hijos	400.467	90,5	3,5	2,4	3,0	493.303	90,6	4,5	1,3	3,5
Extensa o compuesta	729.914	87,0	6,3	2,9	3,9	744.145	85,1	5,8	3,2	5,9
No familiar	11.464	66,7	10,8	13,5	9,1	16.223	96,4	0,6	1,9	1,1
BRASIL										
Total	8.007.156	86,0%	8,4%	5,0%	0,6%	11.722.553	86,4%	9,2%	4,1%	0,4%
Hogar Unipersonal	1.032.907	77,0%	11,9%	10,2%	0,9%	1.776.912	78,4%	13,5%	7,6%	0,5%
Hogar de Pareja Sola	1.608.254	87,9%	6,3%	5,3%	0,5%	2.558.113	89,3%	6,7%	3,7%	0,3%
Hogar nuclear con hijos	1.973.368	87,5%	8,1%	3,9%	0,5%	2.824.515	88,0%	8,6%	3,1%	0,3%
Extensa o compuesta	3.392.627	86,9%	8,6%	3,9%	0,6%	4.563.013	86,8%	9,3%	3,5%	0,4%
No familiar										
ESPAÑA										
Total	6.796.936	87,2	8,2	1,5	3,1	7.933.775	86,6	6,0		7,3
Hogar Unipersonal	1.358.937	82,2%	11,6%	2,7%	3,5%	1.709.185	84,2	8,4		7,4
Hogar de Pareja Sola	2.885.836	88,5%	7,7%	1,3%	2,6%	3.078.125	91,5	4,4		4,1
Hogar nuclear con hijos	1.431.138	88,8%	7,3%	1,1%	2,9%	1.698.195	83,3	6,2		10,6
Extensa o compuesta	957.545	88,1%	6,4%	1,1%	4,4%	520.625	80,2	7,8		12,0
No familiar	163.480	88,2%	7,2%	1,1%	3,5%	927.645	83,0	6,6		10,4
MÉXICO										
Total *	4.750.311	89,0%	9,3%	1,7%	s/d	6.938.913	92,2%	2,4%	5,4%	s/d
Hogar Unipersonal	750.549	80,8%	17,5%	1,7%	s/d	1.068.593	85,7%	3,4%	10,9%	s/d
Hogar de Pareja Sola	669.794	89,9%	8,6%	1,6%	s/d	1.443.294	93,4%	1,6%	5,0%	s/d
Hogar nuclear con hijos	1.330.087	90,1%	8,2%	1,7%	s/d	1.429.416	93,5%	2,4%	4,1%	s/d
Extensa o compuesta	1.966.629	90,1%	8,1%	1,8%	s/d	2.969.855	93,0%	2,5%	4,5%	s/d
No familiar	33.252	77,6%	21,1%	1,3%	s/d	27.756	79,1%	7,8%	13,1%	s/d

Argentina: INDEC. Encuesta Permanente de Hogares (EPH) octubre de 2001 y Encuesta Permanente de Hogares (EPH) segundo semestre de 2010

Brasil: IBGE. Censos Demográfico 2000 y 2010. Domicilios de áreas urbanas.

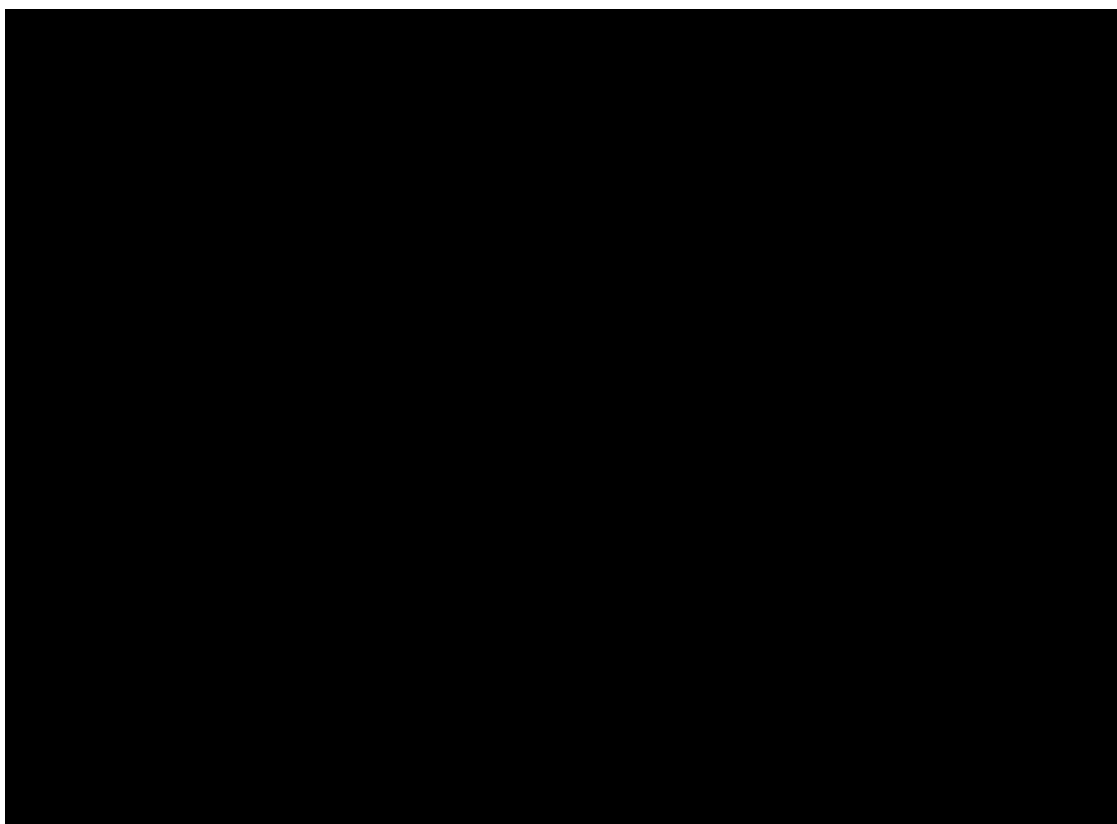
España: Censo de Población y vivienda 2001 y 2011

México: Integrated Public Use Microdata Series (IPUMS) 2000 y 2010.*Muestra sin factor de ponderación.

5.2. Servicios en las viviendas en los hogares con adultos mayores

Los datos de censos y encuestas de los sistemas estadísticos nacionales considerados en este estudio no captan las condiciones de mantenimiento de las unidades de vivienda, una cuestión fundamental en el caso de población mayor. Con el propósito de aproximarse a esta cuestión, se seleccionaron indicadores de servicios que es posible comparar en los cuatro países y expresan condiciones básicas estructurales para llevar adelante una vida confortable en la vejez. En el cuadro 8 se presentan los porcentajes de personas de 65 años y más que residen en viviendas que disponen de red pública de agua potable, que poseen cañería de agua instalada en el interior de la vivienda, que tienen baño en el interior de la vivienda y conexión a desagüe cloacal. Se observa que en España la disponibilidad de estos servicios es prácticamente universal mientras que en los países latinoamericanos la conexión a desagües cloacales es la mayor debilidad de la infraestructura. Por su parte, la población mayor mexicana vive en las peores condiciones entre los casos que se analizan: solamente la mitad de la población adulta mayor mexicana posee instalación de agua en el interior de la vivienda, una condición de suma adversidad en situación de fragilidad y dependencia, sobre todo porque se verifica en hogares unipersonales y de parejas solas.

Cuadro 8. Cantidad de personas de 65 años y más y porcentaje de personas de 65 años y más según reside en viviendas con servicios seleccionados y tipo de hogar. ARGENTINA. BRASIL. ESPAÑA y MÉXICO. circa 2000-circa 2010



Argentina: INDEC. Encuesta Permanente de Hogares (EPH) octubre de 2001 y Encuesta Permanente de Hogares (EPH) segundo semestre de 2010

Brasil: IBGE. Censos Demográfico 2000 y 2010. Domicilios de áreas urbanas.

España: Censo de Población y vivienda 2001 y 2011

México: Integrated Public Use Microdata Series (IPUMS) 2000 y 2010.

6. Conclusiones y discusión

En este artículo se presentaron los resultados del análisis comparado de cuatro países iberoamericanos que comparten raigambre cultural, así como lazos históricos y sociales. En cambio, durante las últimas décadas del siglo XX sus trayectorias demográficas e institucionales siguieron caminos disociados. España es un país europeo que registró cambios demográficos tardíos pero más veloces en relación a los otros países de Europa occidental. Asimismo, su sistema de seguridad social, de tradición *familista* con fuerte contenido asistencial se modificó a partir del año 1975 con el advenimiento de la democracia y, posteriormente, la adecuación a las normas de la Comunidad Europea implicó un vigoroso impulso para establecer una novedosa normativa estatal para la atención de la dependencia en las edades mayores.

En los países latinoamericanos analizados se distinguen, a su vez, dos patrones de evolución. Argentina, en el Cono Sur del continente, inició tempranamente hacia principios del siglo XX su transición demográfica, que se caracterizó por ser lenta aunque progresiva. Brasil y México, en cambio, comenzaron la transición en la segunda mitad de ese siglo, pero son notoriamente más veloces en su evolución. Argentina y Brasil comparten la extensión de la cobertura de ingresos monetarios en la vejez, pero sus sistemas de protección social no incluyen la atención de la dependencia que está bajo la casi exclusiva responsabilidad de las familias. Por su parte, en México es muy exigua la extensión de la cobertura de jubilaciones y pensiones de su población de adultos mayores.

Un aspecto es común a los cuatro países: el aumento del envejecimiento dentro del envejecimiento, es decir, el incremento de los mayores de 80 años sobre el total de sus respectivas poblaciones. También se comparte en los cuatro países la disminución de la modalidad de familia extensa o compuesta, o sea, de varias generaciones convivientes: en los cuatro países aumentó en la última década la proporción de personas mayores viviendo en hogares unipersonales.

A medio y largo plazo las necesidades de cuidado ligadas al incremento de la esperanza de vida se perfilan claramente crecientes en contextos socio-económico heterogéneos. No obstante, las sociedades en su conjunto se identifican como las responsables últimas en su atención al ser considerado como un derecho del individuo en una etapa de madurez demográfica. Desde esta perspectiva, la información aportada por este análisis permite ser optimista: las actuales cohortes de personas mayores de los cuatro países son propietarias de las viviendas en las que residen. En Argentina, Brasil y España la mayor parte de la población reside en casas o departamentos, es decir, en viviendas que fueron edificadas con normas constructivas adecuadas. Lamentablemente, no se dispone de ese dato en México. Los servicios de las viviendas presentan déficit de infraestructura cloacal en América latina y, en México, además de agua corriente en su interior. Por el contrario, en España es casi universal la infraestructura apropiada de los servicios de red y en el interior de las unidades.

En Argentina y Brasil es necesario encarar el debate acerca de la inclusión de la atención de la dependencia en sus sistemas de protección social para la vejez. Es necesario destacar que las fortalezas en materia de las condiciones físicas y la propiedad de las viviendas coexisten con la evidencia de debilidad en la capacidad de soporte del núcleo familiar conviviente o de la red familiar ampliada. En ambos países aumentan las proporciones de cuidadores familiares también de edad avanzada que no pueden hacerse

cargo de prestar todo el apoyo, así como el porcentaje de personas mayores viviendo solas que pueden permanecer períodos de necesidad sin contar con ayuda.

La experiencia reciente española puede resultar de utilidad para encarar reformas en ambos países. El diseño de sistemas públicos y privados complementarios al esfuerzo familiar, de costo sustentable, facilitará el ejercicio del derecho personalísimo de los mayores frágiles o con dependencia de envejecer en su propio domicilio. En México, en cambio, las necesidades se vislumbran más complejas: todavía no se ha extendido la cobertura de las jubilaciones y pensiones, los déficit habitacionales son más significativos y el escenario demográfico es más perentorio. Debe recordarse que su índice de dependencia de padres es más elevado que el brasileño, aunque su envejecimiento demográfico es levemente de menor nivel.

La preocupación que suscita el futuro demográfico, aparentemente lejano, no suele provocar alarma entre los profesionales que abordan su trayectoria. El análisis de la coyuntura económica basado en indicadores de corto plazo condiciona en cierto sentido el enfoque demográfico pesimista. Sin embargo, la experiencia muestra que las sociedades se adaptan a las nuevas realidades: el caso español ilustra un interesante caso en este sentido.

Referencias bibliográficas

ALVES, J.E.D. A transição demográfica e a janela de oportunidade. Instituto Fernand Braudel, São Paulo: 2008

ANSILIERO, G. Censo 2010: Primeiros Resultados e Implicações para a Previdência Social. Informe de Previdência Social 2011. Vol.23, N 11. 2011.

CAMARANO, A. A., PASINATO, M. T. O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas. In: CAMARANO, A. A. Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60? Rio de Janeiro: IPEA, 2004. p. 253-292.

CARVALHO, J. A. M.; ANDRADE, F.D. (1999). “Envejecimiento de la población brasileña: oportunidades y desafíos”. Encuentro Latinoamericano y Caribeño sobre las personas de Edad. Cepal. Santiago de Chile.

Celton, D. y Carbonetti, A. (2007) La transición epidemiológica. En Torrado, *Población y bienestar en la Argentina del primero al segundo centenario: una historia social del siglo XX*. Buenos Aires. Editorial Edhasa. P.p. 370 - 398

CEPAL (2010). *Población y salud en América Latina y el Caribe: retos pendientes y nuevos desafíos*. Comité Especial de la CEPAL sobre Población y Desarrollo. Santiago de Chile. CEPAL. LC/L.3216(CEP.2010/3)

CEPAL, (2008). *Tendencias demográficas y protección social en América Latina y el Caribe*. Elaborado por Evelina Bertranou. Serie Población y Desarrollo N° 82. Santiago de Chile. CEPAL. pp. 80. N° de venta: S.08.II.G.9.

Díaz, M.; Llorente, M. (2011): *Estimaciones de la demanda mundial de cuidado, 2010-2050. Una aproximación econométrica*. Fundación BBVA.

Durán, M.A. (2008): “Marco conceptual y lineamientos metodológicos de la cuenta satélite de los hogares para medir el trabajo no remunerado en salud”, Organización Panamericana de la

Salud, *La economía invisible y las desigualdades de género. La importancia de medir y evaluar el trabajo doméstico no remunerado*; Washington, D.C

Esping-Andersen, G.; Duncan, G.; Hemerick, A., y Milles, J. (2002). *Why we need a new Welfare State..* Oxford. Oxford University Press.

Esping-Andersen, Gosta, (1990). *The Three worlds of Welfare Capitalism*. Princeton University Press. Reprinted 1998. Princeton, New Jersey.

Frenk J, Bobadilla JL, Sepúlveda J, López-Cervantes M (1989). "Health transition in middle-income countries: new challenges for health care". *Health Policy Plan*;4(1):29-39.

González C.A. y Ham-Chande R.(2007). "Funcionalidad y salud: una tipología del envejecimiento en México" *_Salud PublicaMex_*,49 supl, 4:448-458.

Laslett, Peter, (1995). "Necessary Knowledge: Age and Aging in the Societies of the Past" in *Aging in the Past Demography, Society and Old Age*. Ed. by David Kertzer and Peter Laslett. The University of California Press. Scholarship Editions. U.S.A.

Laslett, Peter, (1989). *A Fresh Map of Life. The Emergence of the Third Age*. Cambridge. Massachusetts. Harvard University Press. 1991 Edition.

Lattes, A. y Lattes, Z., (1975). *La Población de Argentina*. Buenos Aires. INDEC. 212 ps.

MEDICI, A. C; BELTRÃO, K. I. Transição Demográfica no Brasil: uma agenda para pesquisa. Anales de la "IV Conferencia Latinoamericana de Población", Ciudad de México:1993.

MIPAA, (2003). *Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento*. New York. Naciones Unidas. pp. 57.

Palloni, A (1990), The meaning of health transition en J. C. Caldwell, S. Findley, P. Caldwell, G. Santow, W. Cosford, J. Braid y D. Broers-Freemanet (eds.), *What we know about health transition. The cultural social and behavioural determinants of health*. Australian National University, Canberra.

Pantelides, E.A. (1982). *La transición demográfica argentina: un modelo no ortodoxo*. Buenos Aires. CENEP. pp. 23

Otero, H. (2007) El crecimiento de la población y la transición demográfica en Torrado, *Población y bienestar en la Argentina del primero al segundo centenario: una historia social del siglo XX*. Buenos Aires. Editorial Edhasa. p. 340-367.

Somoza, J. (1973) La mortalidad de la República Argentina según tablas de vida de 1914, 1946-48 y 1959-61, Chile. CELADE. p. 25

WONG, L. R. (1998), A fecundidade das regiones Norte e Nordeste. Tendências recentes e perspectivas com base nas preferências reprodutivas. Documento presentado al "Encontro Nordeste – Norte de Estudos Populacionais", Recife, Brasil.