



INSTITUTO NACIONAL
DE LAS MUJERES
MÉXICO

Mujeres y hombres en proceso de envejecimiento

Estrictamente, todos envejecemos desde el día en que nacemos; el paso del tiempo es ineludible y éste nos impacta a todos. El interés por el proceso de envejecimiento, sin embargo, se enfoca solamente a las personas de mayor edad ya que éstas son cada vez más numerosas debido al incremento en la esperanza de vida. A este grupo de personas se les denomina “adultos mayores”. La edad de ingreso a este grupo de población la marca la edad al retiro de la actividad económica. Hasta hace poco, esa edad era de 60 años, no obstante, dada la prolongación de la esperanza de vida, recientemente esa edad se incrementó a los 65 años.

El proceso de envejecimiento no se ha dado por igual en todos los países del mundo debido a las distintas condiciones socioeconómicas y, sobre todo, de salud. Por ello, las Naciones Unidas siguen considerando como adultos mayores a las personas de 60 años y más.

El grado de envejecimiento de un país o región puede medirse por la proporción de población de 60 (o 65) años y más. En los países desarrollados, en 2005, la proporción de personas de 65 años y más alcanza 16 por ciento,¹ mientras que esa proporción es de siete por ciento para todo el mundo (Pison, 2005). Se espera que el proceso de envejecimiento continúe y que suceda de manera acelerada, lo cual implica grandes desafíos, sobre todo para los países que no cuentan con un sistema sólido de seguridad social y de pensiones, así como con una infraestructura de salud adecuada para atender las enfermedades crónico-degenerativas características de la población de edad avanzada.

Todas las sociedades tendrán que crear nuevas formas de protección social para la creciente población adulta mayor, a la vez que paulatinamente dejarán de contar con población joven que soporte económicamente a la primera, debido al descenso de la fecundidad. Ése es el gran desafío que deberá ser incluido en las agendas de políticas públicas, sobre todo en los países donde la familia ha sido la responsable casi exclusiva del cuidado de los adultos y adultas mayores.

La intención de este documento es mostrar un panorama sobre el proceso de envejecimiento en el mundo y particularmente en México. Se insistirá en la relevancia social de este tema y de los retos que éste representa para las instituciones públicas y las familias. Asimismo, se analizará cómo comparten mujeres y hombres el impacto de dicho proceso y en qué ámbitos se ven afectados diferencialmente. Antes de presentar las condiciones de vida de la población adulta mayor, dedicaremos especial atención a las imágenes que la sociedad tiene del proceso de envejecimiento. En seguida revisaremos las formas en que el apoyo familiar circula entre los adultos mayores y los miembros más jóvenes de la familia. En ese marco, mostraremos con quién vive la población adulta mayor y el estado conyugal de la misma, a fin de conocer el capital afectivo con que cuenta, ya sea en el hogar donde se vive o a distancia. Presentaremos después un panorama sobre la salud y la funcionalidad de la población envejecida y los retos que impone atender los padecimientos y discapacidades de la misma. Finalmente, veremos cómo se da el retiro de la actividad económica, en términos de pensiones y de otros recursos con que cuenta la población adulta mayor para poder hacer frente a los gastos que implica su manutención.

¹ Esta proporción corresponde a los países de la Unión Europea. Véase Pison (2005).

¿Por qué interesarnos en los adultos y adultas mayores?

Socialmente, ser adulto mayor tiene implicaciones y ello tiene que ver, en primer lugar, con el hecho de que se deja de ser económicamente activo. Esto es así desde el siglo XVIII, a partir de la Revolución Industrial, cuando en Europa se empezó a considerar a la gente de más de cierta edad como menos productiva que los trabajadores jóvenes y, por tanto, ya no adecuada para el trabajo. Al quedarse sin empleo, este grupo de personas de edad avanzada requirió un sistema de pensiones y de seguridad social que, al establecerse, fija una edad estándar de retiro. Desde entonces, ser adulto o adulta mayor se asocia con la edad al retiro (UN, 2002).

En los países pobres, la definición social de adulto mayor varía, ya que se trata de países en donde no hay sistemas de seguridad social y pensiones, y donde una parte importante de la población se dedica a la agricultura. En estos países, ser adulto mayor está directamente vinculado con el hecho de ya no poder contribuir activamente en las tareas para la sobrevivencia cotidiana (UN, 2002).

Lo que es común para países desarrollados y aquellos en desarrollo es que pasar a ser un adulto o adulta mayor sucede diferencialmente para mujeres y hombres. Cuando estos últimos dejan de trabajar, lo hacen de manera definitiva, mientras que las mujeres siguen realizando labores en el hogar, y muchas veces cuidando a los nietos y apoyando con servicios a los hijos adultos.

En segundo lugar, si bien es cierto que un número importante de personas que rebasan los 60 años guardan cierto grado de funcionalidad e independencia, la mayoría de ellas muestran una relativa pérdida de bienestar y autonomía, así como una mayor propensión a desarrollar enfermedades y a la pérdida gradual de algunas de sus facultades.

En un contexto de creciente envejecimiento, la combinación de las dos situaciones arriba mencionadas tiene repercusiones económicas y sociales importantes. Por un lado, el financiamiento de los servicios especializados que demanda una población envejecida, así como las pensiones, obligará a replantear la distribución del gasto público. Todo lo que no sea financiado por recursos públicos o por el ahorro acumulado por el trabajo durante la vida económicamente activa, tendrá que ser absorbido por la familia, como hasta ahora lo ha hecho, pero con mayores cargas debido al creciente número de adultos mayores en las familias.

Por el otro lado, se harán necesarios cambios en el panorama urbano, en el de los servicios y hasta en el de productos, los cuales deberán estar más orientados a atender las necesidades de la población envejecida. Se privilegiará la producción de instrumentos que permitan la movilidad de las personas adultas mayores sobre la producción de pañales y juguetes para niños y niñas, y se demandarán más geriatras y especialistas de enfermedades crónico-degenerativas, mientras que la necesidad de hospitales obstétricos y pediátricos será cada vez menor.

Imágenes del envejecimiento

Nunca antes en la historia, los individuos habían tenido la posibilidad de convivir con miembros de la familia de tantas generaciones. Actualmente, un número importante de personas alcanzan edades avanzadas con al menos uno de sus padres aún vivo. De acuerdo con estimaciones de Conapo (2004), en México, poco más de 40 por

La relevancia social del proceso de envejecimiento obedece al miedo de vernos envueltos en los estigmas y prejuicios derivados de una construcción social que asocia la vejez con el deterioro, la fragilidad y la pobreza (Montes de Oca, 2002).



Foto: Juan Ignacio Ortega

ciento de las mujeres que alcanzan los 50 años de edad lo hacen con su madre aún viva, mientras que a principios de los setenta sólo lo hacía alrededor de 25 por ciento. En el año 2000, 23.3 por ciento de los hogares en México, es decir, casi uno de cada cuatro tenía la presencia por lo menos un adulto mayor (Vega, 2004). Este panorama nos habla de la presencia importante de la población envejecida en las vidas del resto de la población, ya sea que se trate de los abuelos, de los propios progenitores, o bien, de tíos, otros parientes y hasta amigos.

Esa importante presencia trae consigo imágenes positivas y negativas del envejecimiento, predominando las últimas. De la población adulta mayor parece sólo verse el hecho de que sus necesidades se incrementan y que éstas deben ser cubiertas por el resto de la población. Además, se le ve vulnerable y frágil y, en conjunto, eso resulta en una imagen con la que nadie gusta identificarse.

En la cultura occidental, la juventud es una característica muy preciada, por lo que la pérdida de la misma causa infelicidad. De hecho, en inglés existe el término “ageism”, que da cuenta de toda una ideología médico-social que mira el envejecimiento como sinónimo de pérdida, rigidez, déficit e incapacidad.² Este término ha sido traducido al español como “viejismo” y se define, de manera general, como el conjunto de prejuicios, estereotipos y discriminaciones que se aplican a los adultos mayores en función de su edad (Ortiz, s/f; Miguel, s/f; Encinas s/f; Aranda *et al.*, 2005).

La imagen negativa de la vejez se refuerza con la idea expandida de que hay que mantenerse siempre joven y “evitar el envejecimiento”. Al oponer lo joven a lo viejo, consideramos lo primero “bueno” y, por tanto, a lo viejo, como “malo”; si los jóvenes tienen todo, entonces los viejos no tienen nada; si la juventud es emocionante, lo viejo debe ser aburrido; si lo joven es bello, lo viejo es feo. Ante ello, las personas luchan por no envejecer, y si bien hasta hace algunos años ésta era una práctica común entre mujeres, ha adquirido dimensiones importantes entre los varones: ambos utilizan productos de belleza y practican algún ejercicio, creyendo que ello prorrogará el envejecimiento (Aranda *et al.*, 2005).

Todos estos prejuicios, sin embargo, acaban por afectarnos ya que después de años de haber discriminado a la población envejecida, acabamos por formar parte de ella y, por tanto, nos volvemos víctimas de nuestros propios prejuicios, a la vez que nos vemos impedidos para ver con empatía al resto de los adultos mayores. (Ortiz, s/f; Aranda *et al.*, 2005). Esta es una razón poderosa para promover un cambio de actitud frente al envejecimiento, la cual redundará entre los viejos de hoy y los viejos del mañana.

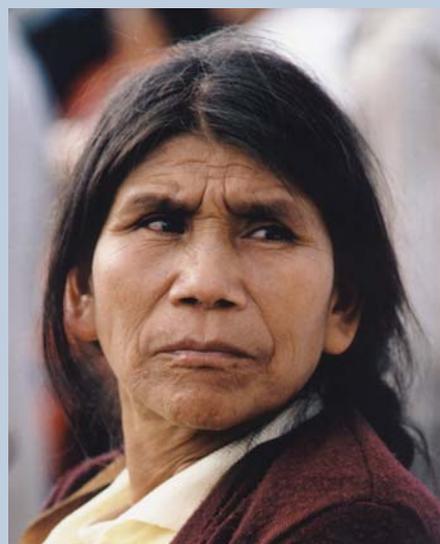


Foto: Salvador Meza Díaz

Además, la sociedad está permeada por la idea de que los adultos mayores son inútiles y, por tanto, dejan de participar en sus comunidades. En el mejor de los casos, se les da asistencia, pero no se les valora ni respeta (Ortiz, s/f; Aranda *et al.*, 2005).

El resultado del prejuicio respecto del envejecimiento es que los propios adultos mayores acaban por restringir sus actividades y campos de acción, obedeciendo a las limitaciones sociales impuestas por la idea de que el envejecimiento es igual a deterioro y enfermedad; idea reforzada, particularmente en México, por diversos refranes populares: “enero y febrero, desviejadero”, “la vejez no viene sola sino acompañada de achaques”, “la vejez, hermana de la enfermedad”, “para la enfermedad de los años no hay cura”, “a los viejos no se les pregunta ¿cómo estás?, sino ¿qué te duele?”. De este modo, cuando los individuos llegan a la década de los sesenta, se asocian ellos mismos con una mala salud, con la idea de que la enfermedad es inminente, con problemas de sueño y depresión y pérdida de capacidad sexual (Aranda *et al.*, 2005).

Si bien es cierto que la probabilidad de enfermarse es mayor en las edades más avanzadas que en las tempranas, ello no significa que toda la población envejecida padece enfermedades y/o tiene discapacidades. De hecho, a pesar de los cambios biológicos que los adultos mayores experimentan, no dejan de ser sujetos con una vida sexual activa (Aranda *et al.*, 2005).

El estereotipo de los adultos mayores que sólo quieren descanso, inactivos y solitarios, que sólo esperan el final, es una concepción limitada de esta etapa de la vida. La actividad no necesariamente equivale a un trabajo remunerado ni a ser joven. De acuerdo con Aranda *et al.*

² En México, a veces la palabra “senil” se usa peyorativamente en ese sentido (Miguel, s/f).

(2005), lo importante es ser proactivo desde la situación en la que uno se encuentra, es decir, que se intercambie el conocimiento, que se disfrute el entretenimiento, que se enseñe, que se utilice el tiempo en beneficio propio y que se ayude a los demás.

Mujeres y hombres en el proceso de envejecimiento

Desde el nacimiento, las relaciones de género van marcando el acceso diferencial a los recursos y a las oportunidades entre mujeres y hombres. Al final del ciclo de vida, las condiciones de salud y la seguridad económica de los individuos son un reflejo de todas las oportunidades y restricciones experimentadas. Si éstas fueron distintas para hombres y mujeres, no es extraño que los niveles de bienestar de unos y otras, cuando son adultos y adultas mayores, sean también distintos.



Foto: Rubén Silva Rodríguez

En México, en el año 2000 la población de 60 años y más sumaba 7.9 millones, de los cuales 3.7 eran mujeres y 3.3 hombres. Al igual que sucede en el resto del mundo, la sobrepoblación femenina en esas edades es

Gráfica 1. Índice de femineidad, 2000



Fuente: INMUJERES con base en INEGI, XII Censo General de Población y Vivienda, 2000. Tabulados Básicos.

En casi todos los países, las mujeres viven más años que los hombres. En Europa,³ se estima que en 2005 la esperanza de vida de los hombres es de 76 años, mientras que la de las mujeres alcanza los 82 años. En los Estados Unidos y en Canadá, esos valores alcanzan 75 y 80 años, respectivamente, para hombres y mujeres: En México, estos indicadores son de 73 y 78 años, respectivamente, para hombres y mujeres (Pison, 2005; Conapo, 2004).

En el mundo, las mujeres representan 55 por ciento de toda la población adulta mayor y entre la población más envejecida, es decir, aquella de 80 años y más, las mujeres participan con 65 por ciento (UN, 2002).

el resultado de diferencias biológicas, así como de los estilos de vida de mujeres y varones a lo largo del ciclo de vida, todos ellos fuertemente asociados con roles que la sociedad ha definido como femenino y masculino (véase gráfica 1).

A partir de los 20 años, el número de mujeres empieza a rebasar, de manera acentuada, el de los varones, debido a una sobremortalidad masculina. Ésta se debe, en buena medida, a accidentes y lesiones y otras enfermedades producto de la exposición a eventos de riesgo, propia de los varones, de acuerdo con lo socialmente aprendido. La sobrepoblación femenina se acentúa todavía más a partir

³ No incluye a los países de Europa Oriental (Bielorrusia, Bulgaria, Hungría, Moldavia, Polonia, Rumania, Rusia, Eslovaquia, República Checa y Ucrania).

de los 75 años, nuevamente debido a una intensa sobre-mortalidad masculina, esta vez asociada, sobre todo, a enfermedades crónico-degenerativas. Éstas, muchas veces tienen que ver con estilos de vida inadecuados para desarrollar una buena salud (fumar, ingesta de alcohol, sedentarismo) y con el mal hábito de posponer y dejar de lado el cuidado de la salud, principalmente en términos de prevención.

Apoyo familiar⁴ en la vida de los adultos y adultas mayores

Las personas que llegan a edades avanzadas han acumulado una multiplicidad de roles familiares: esposos(as), padres, madres, abuelos(as) y hasta bisabuelos(as) (Conapo, 2005). La combinación de estos roles deriva en la red familiar de cada individuo y ésta, junto con la red social construida a lo largo del ciclo de vida a partir de las relaciones laborales, profesionales, comunitarias y de amistad, es esencial para la vida cotidiana. Esto es así, sobre todo en un contexto donde, a falta de apoyos institucionales, la familia es la encargada de los cuidados y manutención de los miembros menores de edad y de aquéllos de edades avanzadas.

La carga que representa para las familias sostener particularmente a los adultos mayores, cada día se vuelve más difícil de llevar, y ello obedece no sólo al proceso de envejecimiento, sino también al hecho de que los sistemas familiares han venido transformándose en las últimas décadas. En primer lugar, el descenso de la fecundidad ha implicado familias menos numerosas y, por tanto, menos hijos que puedan compartir la tarea de cuidar de los padres cuando éstos envejecen. En segundo lugar, las migraciones han resultado en la dispersión de los miembros de la familia, lo cual hace cada vez más difícil vivir en un hogar extenso donde convivan varias generaciones que intercambien servicios de manera recíproca. Y en tercer lugar, dado que la mujer ha sido la tradicionalmente encargada de proveer cuidados a la población de edades avanzadas, el incremento de la participación femenina en la actividad económica augura una reducción del tiempo disponible para cuidar a los miembros de la familia.

A la reducción de las redes de apoyo se suma el deterioro progresivo del poder adquisitivo de los hogares y, en consecuencia, una mayor participación económica de los miembros del hogar y mayores jornadas laborales, lo cual merma el ingreso y el tiempo que puede destinarse al cuidado y atención de los adultos y adultas mayores (Montes de Oca, 2002).

Si bien es cierto que las demandas que impone el proceso de envejecimiento para la sociedad y sus instituciones son enormes, es también un hecho que los adultos mayores no son una población que dejan de aportar a la sociedad. Ello se evidencia con toda claridad en los intercambios intergeneracionales que se dan en el ámbito familiar. En México, al igual que en toda la región de América Latina, se observa un soporte intergeneracional que se da en dos direcciones. Autores como Saad (2005) consideran que ello responde, en buena medida, a las constantes crisis económicas que han traído consigo desempleo y un incremento de personas viviendo en condiciones de pobreza, lo cual lleva a que la descendencia de muchos adultos mayores siga dependiendo de ellos, aun cuando el ingreso de estos últimos sea exclusivamente su pensión.

Montes de Oca (2002) encuentra que, muchas veces, la población adulta mayor en México, en vez de recibir ayuda económica de sus familiares, aporta su propio ingreso al gasto familiar, con lo cual queda de manifiesto la debilidad económica del resto de su familia, generalmente miembros más jóvenes, que se desenvuelven en un contexto que les impide convertirse en una fuerza de apoyo real para los miembros de la sociedad más necesitados, al menos teóricamente.

Una forma de dependencia de los hijos de adultos mayores puede evidenciarse a través de la coresidencia de esos hijos con sus padres (véase cuadro 1). En el año 2000, en 19 por ciento de los hogares en México, el jefe era un adulto mayor; en 12.9 por ciento de ellos residía al menos un hijo del jefe y en el resto (6.0 por ciento) no había hijos del jefe. Esta distribución sugiere una posible dependencia de los hijos respecto de su padre y/o madre, al menos en términos de vivienda, y resulta interesante observar que esa dependencia es más acentuada cuando los padres tienen 70 años o más, lo cual podría estar implicando la convivencia entre padres e hijos, siendo ambos adultos mayores. Reconocemos, no obstante, que el hecho de que los hijos vivan con los padres adultos mayores en la casa de estos últimos puede obedecer, algunas de las veces, más a la necesidad de apoyo que tienen los padres y no a la de los hijos.

El panorama arriba descrito tiene que ver con la realidad de la mayoría de los adultos mayores: 60 por ciento de ellos, sin importar el sexo, son jefes de hogar.

Como se mencionó con anterioridad, el apoyo familiar no es unidireccional: no son sólo los hijos quienes lo reciben ni los padres, de manera exclusiva. En muchas de las ocasiones donde se observa que los adultos mayores reciben ayuda, ésta se inserta en la forma de un inter-

⁴ Entendemos como apoyo familiar a aquel tipo de ayuda que proveen los miembros de la familia, residen o no con el adulto mayor, y se distingue de los apoyos institucionales junto con los cuales conforman el conjunto de apoyos sociales (véase Montes de Oca, 1999).

Cuadro 1

Jefes de hogar de 60 años y más según presencia de hijos en el hogar, por grupos de edad, 2000

Grupo de edad	Hijos en el hogar	%
60 a 64	Con hijos	4.6
	Sin hijos	1.4
	Total	6.0
65 a 69	Con hijos	3.2
	Sin hijos	1.4
	Total	4.6
70 años y más	Con hijos	5.1
	Sin hijos	3.2
	Total	8.4
Total	Con hijos	12.9
	Sin hijos	6.0
	Total	19.0

Fuente: INMUJERES. Cálculos a partir del XII Censo General de Población y Vivienda, 2000. Muestra censal.

cambio. Existen evidencias de que, en su mayoría, son las mujeres (esposas o hijas) quienes ayudan a la población envejecida en actividades de cuidado personal, domésticas y de provisión de comida, mientras que los varones (esposo e hijos) lo hacen, en general, con dinero. Por su parte, la población envejecida ayuda principalmente a los varones en actividades domésticas y tiende a apoyar con dinero a las mujeres (Gutiérrez, 2004).

En la ciudad de México, de acuerdo con los resultados de la Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE), 1999,⁵ 90 por ciento de los adultos mayores había recibido apoyos, sobre todo dinero, servicios y bienes, mientras que 76 por ciento de los adultos mayores los había provisto en la forma de servicios, bienes, dinero y cuidado a menores (véase Saad, 2005).

Así, tanto adultos jóvenes como adultos mayores tienen un doble rol: proveedores y beneficiarios de la ayuda material y de servicios (Saad, 2005), los cuales pueden ser ejercidos en la misma unidad residencial o viviendo en distintos hogares.

Debido a la división sexual del trabajo, las mujeres tradicionalmente se han encargado del cuidado de otros miembros de la familia y ello no termina con la vejez, ya que en ese período, si se tiene pareja, la proveen de cuidados. Estos cuidados muchas veces se extienden a los hijos y a los nietos, gracias a lo cual las mujeres adultas mayores permiten que, por ejemplo, sus hijos(as), se incorporen al mercado de trabajo de modo tal que acaban contribuyendo al desarrollo económico. Esto, ciertamente, se opone a la visión de que los adultos mayores no son productivos y sólo personas que necesitan apoyos (UN, 2002).

¿Dónde y con quién vive la población adulta mayor?

En México, la mayoría de la población adulta mayor vive en un entorno familiar, lo que *per se* sugiere una red de apoyo, más o menos amplia, según el número de miembros con quienes se comparte el hogar y el parentesco y relación con los mismos. Observamos a una proporción importante de esta población viviendo exclusivamente con su núcleo familiar, lo cual se manifiesta al encontrar a esta población residiendo en hogares monoparentales⁶ o nucleares conyugales, con o sin hijos.⁷ Este es el caso de la mitad de los hombres y de 36.1 por ciento de las mujeres. Por su parte, el hogar extenso es la residencia más común para las mujeres (52.7 por ciento), mientras que 41.9 por ciento de los hombres vive en este tipo de arreglo residencial.

Cuadro 2

Población de 60 años y más según tipo de hogar en el que reside, por sexo, 2000

Tipo de hogar	Hombres	Mujeres	Total
Monoparental	3.6	9.9	6.9
Nuclear conyugal	46.7	26.6	36.0
Extenso	41.9	52.7	47.6
Unipersonal	7.6	10.4	9.1
Unipersonal con al menos un trabajador doméstico	0.1	0.3	0.2
Corresidentes*	0.2	0.2	0.2
Total	100.0	100.0	100.0

Nota: No se incluye a los no especificados por tipo de hogar y edad.

* No incluye los hogares donde reside el jefe y al menos un trabajador doméstico.

Fuente: INMUJERES con base en INEGI. XII Censo General de Población y Vivienda, 2000. Muestra censal.

⁵ Coordinada por la Organización Panamericana de la Salud con el apoyo del Centro de Demografía y Ecología de la Universidad de Wisconsin. Esta encuesta buscó recopilar información sobre salud y bienestar de la población adulta mayor en cuatro centros urbanos de América Latina (Sao Paulo, Buenos Aires, Montevideo y la ciudad de México), por lo que sus resultados no son representativos para los países ni dan cuenta de lo que sucede entre los adultos mayores de las zonas rurales.

⁶ Conformado por padre e hijos o por la madre y sus hijos.

⁷ Conformado por el núcleo conyugal y los hijos.

Cuadro 3

Población de 60 años y más, según parentesco con el jefe del hogar, por sexo y grupo de edad, 2000

Grupos de edad y sexo	Jefe o jefa	Esposo(a) o compañero(a)	Padre o madre	Suegro(a)	Otro parentesco	No tiene parentesco	Total
Total							
60 a 64	60.6	29.0	3.3	1.6	5.0	0.4	100.0
65 a 69	61.6	25.9	5.0	2.6	4.5	0.4	100.0
70 y más	60.2	15.4	11.7	5.8	6.3	0.5	100.0
Hombres							
60 a 64	90.3	3.3	1.2	0.7	4.1	0.3	100.0
65 a 69	89.7	3.3	2.0	1.2	3.4	0.3	100.0
70 y más	82.7	3.0	6.2	3.3	4.3	0.4	100.0
Mujeres							
60 a 64	33.5	52.6	5.2	2.5	5.7	0.5	100.0
65 a 69	36.8	45.9	7.7	3.7	5.5	0.4	100.0
70 y más	40.8	26.0	16.5	8.0	8.1	0.6	100.0

No se consideran a los no especificados por grupos de edad y parentesco.

Fuente: INMUJERES con base en INEGI, XII Censo General de Población y Vivienda, 2000. Muestra censal.

De acuerdo con Ibáñez (2002), los adultos mayores tienden a ubicarse en hogares extensos conforme aumenta la edad. Cuando los adultos mayores no son jefes de su propio hogar -particularmente entre los varones-, ni cónyuges del jefe -especialmente las mujeres-, es muy probable que se trate de personas que viven con sus hijos e hijas en un hogar de tipo extenso. Esto es más frecuente en el caso de las mujeres de edad avanzada, quienes cuando tienen 70 años y más, casi una cuarta parte vive en el hogar de sus hijos(as): 16.5 por ciento son madres del jefe(a) de hogar y 8.0 por ciento suegra del jefe(a) de hogar. Además, ocho por ciento declara tener otro parentesco con el jefe de hogar, lo que evidencia la importancia de la red familiar para las adultas mayores.

Como se verá más adelante, las mujeres adultas mayores viudas, separadas o divorciadas, son más numerosas que los hombres. Estas mujeres sin cónyuge pueden no contar con los recursos económicos y de salud suficientes para residir en una vivienda unipersonal. De ahí que su descendencia represente para ellas un soporte esencial. Al respecto, Ibáñez (2000) encuentra que las mujeres adultas mayores son más propensas a vivir en hogar extenso cuando no reciben ningún tipo de ingreso y tienen 65 años o más.

En el caso de los hombres, es mucho menor la proporción de aquellos que viven en hogares de los hijos(as) (9.5 por ciento compuesto por 6.2 por ciento en calidad de padre del jefe y 3.3 por ciento en calidad de suegro del jefe) u otros parientes (4.3 por ciento) y no en calidad de jefe de hogar, como sucede a la gran mayoría de los adultos mayores.

La cohabitación puede ser fundamental en el proceso de intercambio entre generaciones, ya que podría estar garan-



Foto: Gloria Ma. Pavón Vargas

tizando el flujo cotidiano de los recursos materiales y servicios que se intercambian. Para los adultos y adultas mayores con limitaciones físicas, por ejemplo, resulta más conveniente tener proximidad física con sus hijos e hijas u otros parientes, ya que la ayuda para realizar actividades como bañarse, ir al baño, etc., o bien alimentarse, será más expedita.

La proporción de adultos mayores que viven solos, si bien es relativamente baja respecto a la observada en los otros arreglos residenciales, se traduce en miles de personas, sobre todo mujeres (véase INMUJERES, 2005). Al tener una mayor esperanza de vida, tienen mayor riesgo de enviudar y cuando esto sucede no es tan común que ellas vuelvan a unirse o casarse, como sí lo es entre los hombres. En consecuencia, no sorprende que sean más numerosas las mujeres adultas mayores viviendo solas respecto de los varones: 376 mil y 238 mil, respectivamente.⁸

Ybáñez (2002) encuentra que las mujeres adultas mayores viven más a menudo que los hombres en hogares unipersonales, sobre todo entre más avanzada es la edad. De

acuerdo con esta autora, ello es más notorio entre aquellas que perciben algún tipo de ingreso monetario. Entre los hombres adultos mayores que perciben ingresos, la mitad tiende a permanecer en un hogar nuclear y cuando no reciben ingresos, particularmente a partir de los 75 años, esa proporción se reduce y se incrementa aquella de los adultos mayores varones residiendo en hogar extenso.

Es importante enfatizar que el hecho de “vivir solo(a)” no implica “estar solo(a)”,⁹ puesto que el no compartir la vivienda con otra persona no impide que se tenga una convivencia cotidiana con hijos(as) y nietos(as), así como con vecinos(as) y amigos(as). Vivir solo(as) tampoco significa no contar con apoyos materiales y económicos provenientes de las redes familiares y sociales. De este modo, los vínculos afectivos y materiales que tiene una persona que “vive sola” marcan la diferencia con aquella que “está sola”.

Autores como Tomassini *et al.*, 2005, advierten que la coresidencia es un indicador parcial de los apoyos y la solidaridad familiar y reconocen otros indicadores tales como los contactos semanales entre padres e hijos no coresidentes y el tipo de intercambio que se da en esos contactos. Al estudiar la intensidad de dichos contactos en algunos países europeos, se encontró que cuando los hijos tienen un mayor nivel educativo las visitas a sus padres son menos frecuentes. No obstante, ello no significa que los contactos sean reducidos ya que, en esos casos, los hijos pueden estar contribuyendo con sus padres a través de ayudas económicas, estar pendientes de ellos vía telefónica o proveerlos de otros servicios que no requieran su presencia. De hecho, es la propia distancia que separa la residencia de los padres de la de los hijos la que puede determinar el número de visitas y el tipo de apoyos que los hijos hacen a sus padres (Tomassini *et al.*, 2005; Saad, 2005).

Por último, son pocas las personas adultas mayores que viven en instituciones de cuidados prolongados. Sobre la vida en este tipo de residencia, Gutiérrez (2004) señala que la calidad de la atención que se brinda en ellas es con frecuencia inapropiada y ello se debe, en buena medida, a la insuficiencia de normatividad, a los métodos adecuados de selección de quienes ingresan, y de evaluación de sus necesidades al ingreso y a lo largo de su estancia. Según este autor, la población que vive en este tipo de instituciones, con frecuencia muestra una elevada prevalencia de deterioro funcional y necesidades que no alcanzan a ser cubiertas con los recursos de la institución. Además, en estas instituciones muchas veces no se cuenta con la capacitación y la disponibilidad del personal especializado.



⁸ Estos datos fueron extraídos de INEGI (2002). La evolución de los hogares unipersonales, con base en el XII Censo General de Población y Vivienda, 2000.

⁹ Véase INMUJERES (2005).

Vida familiar de los adultos mayores vista desde el estado conyugal

En coincidencia con los arreglos residenciales en los que se insertan mujeres y hombres adultos mayores, se observa una mayor viudez femenina que en muchas ocasiones obliga a las mujeres de edad avanzada a vivir solas o bien, en hogares extensos con algún familiar, particularmente sus hijos.

El estado conyugal de los adultos mayores da cuenta de los posibles vínculos familiares construidos a lo largo del ciclo de vida, los cuales, a su vez, sugieren el conjunto de personas que conforman su red de apoyo social. Así, por un lado, los adultos y adultas mayores unidas cuentan con al menos su pareja y, al igual que los viudos, separados o divorciados, muy probablemente, con descendencia. No sucede así con los adultos mayores solteros, con excepción de las mujeres que son madres solteras. Para este grupo, la red social de apoyo depende más de los vínculos entre hermanos y la descendencia de estos últimos, así como de los amigos.

Cuadro 4 Población de 60 años y más según estado conyugal por sexo y grupos quinquenales de edad, 2000		
Grupos de edad y estado conyugal	Hombres	Mujeres
60 a 64 años	100.0	100.0
Unido	83.9	59.1
Separado o divorciado	4.3	8.5
Viudo	6.7	25.7
Soltero (a)	5.1	6.6
65 a 69 años	100.0	100.0
Unido	81.3	52.1
Separado o divorciado	4.3	7.2
Viudo	9.8	34.2
Soltero (a)	4.6	6.5
70 a 74 años	100.0	100.0
Unido	76.7	42.2
Separado o divorciado	4.2	6.0
Viudo	14.8	45.5
Soltero (a)	4.3	6.3
75 años y más	100.0	100.0
Unido	64.4	23.8
Separado o divorciado	3.8	4.0
Viudo	27.7	65.8
Soltero (a)	4.1	6.4

Nota: No se considera a los no especificados por grupos de edad o por estado conyugal.

Fuente: INMUJERES con base en INEGI, XII Censo General de Población y Vivienda, 2000. Tabulados básicos.

El haber tenido descendencia, sin embargo, no garantiza a los adultos mayores contar con los hijos e hijas incondicionalmente y, en cierta medida, ello se relaciona con el estado conyugal de las personas de edad avanzada. Así lo muestran los hallazgos del estudio de Tomassini *et al.*, (2005) los cuales dan cuenta de una menor probabilidad de contacto de los hijos e hijas de padres divorciados, particularmente con el padre varón. Es importante mencionar que estos resultados corresponden a países europeos con altos índices de divorcio desde hace años y cuyos resultados, en términos de relaciones familiares, empiezan a reflejarse en la población adulta mayor. Para el caso de México, podríamos esperar resultados similares en las próximas décadas, dado el incremento de separaciones y divorcios observado en los últimos años.¹⁰

La viudez, por su parte, parece ser típica entre las mujeres y ello obedece, por un lado, a que hasta todavía hace poco las mujeres se unían o casaban con hombres mucho mayores que ellas, y a la mayor esperanza de vida de las mujeres. Por el otro lado, al hecho de que los hombres, cuando llegan a enviudar, es común que vuelvan a casarse, por lo que la proporción de viudos es reducida, al igual que la de divorciados o separados.

En cuanto a contactos con los hijos, las mujeres viudas son las que muestran el mayor de los contactos, por encima de los observados con las adultas mayores casadas (Tomassini *et al.*, 2005), lo cual parece estar compensando, en alguna medida, el hecho de vivir una vejez sin pareja. Además, se ha encontrado que, en general, los padres viudos(as) reciben mayor asistencia y ayuda de sus hijos adultos respecto de la que ellos brindan, mientras que los padres casados, adultos y adultas mayores, tienden a proveer mayor asistencia de la que reciben de sus hijos. En este marco, las mujeres adultas mayores son las más susceptibles de recibir apoyos de sus hijos ya que, con mayor frecuencia que los varones, enviudan o permanecen separadas o divorciadas, lo cual, particularmente, las hace más propensas a requerir de ayuda financiera (Saad, 2005).

Atención a la salud de los adultos y adultas mayores

La transición epidemiológica, experimentada por la mayoría de los países, se caracteriza por la disminución de muertes debidas a enfermedades infecto-contagiosas y el aumento de las defunciones consecutivas a padecimientos crónico-degenerativos. Esto impone desafíos importantes al sistema de salud ya que las enfermedades no transmisibles (o crónico-degenerativas) y las lesiones, ahora más comunes, requieren de enormes recursos

¹⁰Para mayor detalle sobre el incremento de separaciones y divorcios, véase Luna-Santos (2005).



Foto: Rubén Silva Rodríguez

para su prevención y tratamiento. Este cambio epidemiológico, sumado al rápido envejecimiento de la población, se traducirá en el futuro inmediato en un cambio sustancial del perfil de la demanda de servicios. Éstos, además de reorientarse a la atención de las enfermedades crónicas, deberán considerar las discapacidades que generan dichas enfermedades.

Ya desde la década de los noventa podemos observar en México los efectos de la transición epidemiológica acompañada del proceso de envejecimiento, en la demanda de los servicios de salud: en 1995, en el IMSS, una de cada cinco consultas fue otorgada a una persona adulta mayor (Gutiérrez, 2004). En cuanto a la morbilidad hospitalaria, en 2003, 13 por ciento del total de egresos hospitalarios correspondió a personas de 65 años y más, 19.9 por ciento entre los varones y 9.9 por ciento entre las mujeres.

Cabe mencionar que, en México, la transición epidemiológica no ha sido cabal; el descenso de las enfermedades transmisibles, de la nutrición y de la reproducción, siguen representando una carga importante y, por tanto, debe hacerse frente a la vez que las enfermedades crónico-degenerativas demandan recursos importantes.¹¹ De acuerdo con Insad (s/f), actualmente el Sistema de Salud en México está más preparado para atender las enfermedades agudas que las crónicas; y en el caso de las crónicas, más en el sentido de evitar la muerte una vez que se presenta el padecimiento, que de impedir su aparición. De ahí que se requieran adecuaciones en los servicios de salud, de modo que puedan atender la demanda creciente de patologías que afectan más a la población envejecida y que requieren de una atención especializada y de duración hospitalaria prolongada.

Aunado a lo anterior, se espera que la demanda de servicios de salud crezca debido al incremento de la escolaridad, ya que la gente está más consciente de sus derechos sociales y, por tanto, es capaz de demandar servicios de salud cada vez más adecuados a sus necesidades, en términos de cantidad y calidad. Este es el panorama que se avecina cuando todavía no contamos con un sistema de salud que dé respuesta suficiente a la demanda actual y, por tanto, en un ambiente de insatisfacción del usuario de los servicios (Gutiérrez, 2004).

En el año 2000, sólo la mitad de los adultos mayores tenía garantizado el acceso a los servicios de salud de manera gratuita ya que eran derechohabientes del IMSS, del ISSSTE y de otras instituciones.

La salud de los adultos mayores vista desde la funcionalidad

Las enfermedades y las discapacidades generalmente atribuidas al propio proceso de envejecimiento, no son universales y ello se debe, en buena medida, a la calidad de vida que se tuvo desde el nacimiento. Las discapacidades son resultado, por ejemplo, de la anemia o la osteoporosis, que pueden evitarse si a lo largo de la vida se cuenta con una buena nutrición, si se realiza el ejercicio adecuado y, además, se tiene acceso a un buen sistema de cuidado de la salud (UN, 2002). Estas condiciones son un requisito casi indispensable para llegar sano a edades avanzadas. Se trata de condiciones que se van creando desde la infancia y las cuales son imposibles de alcanzar en situación de pobreza.

¹¹ A esta situación se la ha denominado "transición epidemiológica polarizada".

Cuadro 5
Autopercepción del estado de salud entre los adultos mayores,* 1999.
Porcentaje de personas que declararon...

	Hombres	Mujeres
Ver mal de cerca	66.8	67.2
Ver mal de lejos	52.7	62.4
Le falta la mayoría de los dientes	36.9	55.6
Ser hipertensas	34.7	49.0
Tener mala audición	49.7	44.1
Haber tenido alguna caída en los últimos 12 meses	27.5	39.9
Tener artritis, reumatismo o artrosis	15.9	31.2
Haber estado deprimidos	32.6	28.7
Ser incontinente	15.9	24.9
Ser diabéticas	22.1	21.1
Haber tenido alguna vez un problema nervioso o psiquiátrico	9.1	12.4
Tener alguna enfermedad pulmonar crónica	8.1	11.1
Tener osteoporosis	1.5	10.2
Tener algún problema en el corazón	10.1	10.0
Haber tenido una embolia	6.5	5.3
Tener cáncer	1.0	2.5

* Incluye a personas de 60 años y más

Fuente: Insad, s/f. "Informe del estado de salud. Análisis de la Encuesta sobre Salud, Bienestar y Envejecimiento de la Población en el Área Metropolitana de la Ciudad de México".

Al aproximarse al estudio de la salud de los adultos mayores, ésta debe verse desde la repercusión funcional de la enfermedad. No basta con enumerar las patologías de las que es víctima la población adulta mayor o aquellas por las cuales ocurre una mortalidad precoz, sino que es necesario tener la medida de la repercusión que un conjunto de afecciones tiene sobre un sujeto en particular (Gutiérrez, 2004). En el cuadro 5 se presenta la autopercepción de la salud de personas de 60 años y más que vivían en la ciudad de México en 1999. Entre las categorías incluidas en el cuestionario que recogió esta información,¹² se consideran patologías como situaciones de discapacidad, algunas de ellas resultado del padecimiento de alguna enfermedad.

El problema de la vista es de los más padecidos por los adultos mayores, sobre todo entre mujeres, mientras que los auditivos parecen ser más característicos de los varones.

Otro de los problemas de salud enunciados por las mujeres adultas mayores es la falta de dientes y la hipertensión, así como caídas recientes, tener artritis, reumatismo o artrosis. Todos estos padecimientos, al igual que la incontinencia y la osteoporosis, cobran mayor importancia entre las mujeres respecto de los varones.

Dada la importancia de la discapacidad entre la población adulta mayor, a continuación se presenta un panorama para todo el país, distinguiendo los tipos de discapacidad y la edad a las que se padecen.

La discapacidad motriz es la más común de las discapacidades entre los adultos mayores, sobre todo a partir de los 70 años y entre la población femenina. Diez de cada cien mujeres de 70 años y más presentan una discapacidad motriz, lo cual da cuenta de la dependencia que ella genera a este grupo de mujeres, quienes de no contar con la ayuda e instrumentos necesarios, seguramente se ven muy restringidas en su quehacer cotidiano.

La discapacidad que ocupa el segundo lugar entre los adultos mayores es la visual, y ésta es más aguda a partir de los 70 años. Lo mismo sucede con la discapacidad auditiva, aunque con menor intensidad.

Cuadro 6
Tasas específicas de discapacidad para los adultos mayores por sexo y grupos de edad, 2000 (por cien)

Sexo y grupos de edad	Motriz	Auditiva	Del lenguaje	Visual	Mental
Hombres					
60 a 64	2.9	0.9	0.1	1.8	0.3
65 a 69	4.1	1.5	0.1	2.3	0.3
70 años y más	8.4	4.5	0.2	4.8	0.5
Mujeres					
60 a 64	2.4	0.6	0.1	1.8	0.2
65 a 69	3.7	1.0	0.1	2.4	0.3
70 años y más	10.2	3.3	0.2	4.8	0.6

Fuente: INMUJERES con base en INEGI, XII Censo General de Población y Vivienda, 2000. Tabulados básicos.

¹²Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento, 1999. Véase nota 5.

El deterioro del estado funcional en términos de salud mental, motricidad y alteraciones del afecto y de la cognición, son áreas poco consideradas en la planeación de los servicios de salud, urbanos y comunitarios. Destacan la depresión, los padecimientos demenciales, la osteoporosis, las secuelas de los accidentes, las artropatías, la incontinencia urinaria y el deterioro sensorial, afecciones todas que merman considerablemente la calidad de vida y que tienen en común una repercusión desfavorable sobre la funcionalidad (Gutiérrez, 2004).

La principal meta de la geriatría¹³ no es sólo la curación o el control, compensación y rehabilitación física de los padecimientos del anciano, sino la restitución de su autonomía e independencia.¹⁴

La dependencia, tanto para la ejecución de las actividades básicas (bañarse, vestirse o desvestirse, llegar al inodoro, alimentarse o permanecer solo en la noche) como para las instrumentales (preparar los alimentos, tomar los medicamentos, manejar dinero, ir de compras, lavar trastes, barrer) es frecuente a medida que avanza la edad (Gutiérrez, 2004). Los resultados de la encuesta SABE, 1999, muestran que en la ciudad de México casi uno de cada cinco adultos mayores tiene dificultades para las actividades básicas de la vida cotidiana, mientras que 38 por ciento reportó tener dificultades para la realización de actividades instrumentales (Saad, 2005).

El creciente número de personas que en las próximas décadas entrará en una situación de dependencia funcional representa un gran reto tanto para el diseño de políticas de seguridad social, como para la implantación de programas que permitan prevenir los problemas de salud de los adultos mayores y brinden apoyo a las familias que tendrán un adulto mayor en casa. Esto es de especial relevancia, ya que al aumentarse la carga que debe soportar el entorno familiar debido a la creciente invalidez y consecutiva dependencia en la edad avanzada, se produce una baja del umbral de tolerancia familiar, lo cual puede llevar a un franco deterioro de los lazos de apoyo y solidaridad familiar (Encinas, s/f; Gutiérrez, 2004).

Es necesario instrumentar desde hoy políticas y programas que ayuden a evitar y reducir la carga de la discapacidad en la vejez; de no hacerlo, seremos testigos de una expansión de la morbilidad y sus consecuencias funcionales. En países como Estados Unidos, Inglaterra, Suecia y otros desarrollados, se han puesto en marcha medidas de promoción de la salud y el fortalecimiento de la atención primaria que en el mediano plazo han permitido

reducir el deterioro funcional (Gutiérrez, 2004). Estas experiencias pueden ser tomadas como referencia. Lo cierto es que los proyectos que se diseñen en esta materia deberán orientarse a incrementar la capacidad de independencia y, por tanto, la calidad de vida de los adultos mayores. Para lograrlo, el desarrollo de la geriatría es fundamental ya que ésta privilegia la prevención y el autocuidado.

Además, es necesario replantear las intervenciones médicas en adultos mayores. A fin de que éstas sean efectivas, deberán apoyarse en valoraciones integrales en las que se incluya a la familia del anciano(a) (Encinas, s/f). Esta última juega un papel primordial y, por tanto, debe estar informada de la enfermedad y/o discapacidad del adulto mayor con quien se convive, de tal modo que puedan prevenirse situaciones de sufrimiento que terminen por hacer crisis en la relación con el adulto o adulta mayor. Y es que como lo señala Montes de Oca (1999), cuando se tiene a cargo a adultos mayores, a las tensiones generadas por la sobrevivencia cotidiana se agregan aquéllas producto del desconocimiento sobre aspectos relacionados con la vejez, la enfermedad y el desgaste progresivo que deviene con la edad.

El retiro para mujeres y hombres adultos mayores

En México, el ingreso monetario que perciben los adultos y adultas mayores en la mayoría de los casos no es suficiente para garantizar un nivel mínimo de bienestar, y ello obedece, en buena medida, a la falta de planes adecuados de pensiones, a que ni siquiera se tiene acceso a los mismos o bien, al hecho de que las relaciones laborales durante la vida activa de las personas no conllevan condiciones económicas para el retiro (Ybáñez, 2002).

Una pensión es la forma ideal de ingreso una vez llegado el retiro de la actividad económica; sin embargo, ésta parece ser un lujo inimaginable para muchos adultos mayores de hoy y del mañana. Esto se debe a que el mercado de trabajo, al menos en México, se caracteriza por la permanencia de una amplia franja de trabajadores insertos en relaciones de trabajo de tipo informal, las cuales no incluyen un plan de jubilación. La pensión se obtiene después del retiro de la actividad económica, siempre y cuando se haya cumplido con los requisitos, como afiliación a la seguridad social, tiempo de cotización y edad mínima para retirarse por vejez. Al no contar con estos requisitos una buena parte de la población de 60 años y más, se requieren otras fuentes de ingreso para satisfacer las necesidades básicas en los últimos

¹³ La Geriatría es la rama de la medicina interna que estudia los aspectos fisiológicos y las enfermedades de la vejez. Es una parte de la Gerontología, la cual se define como el estudio de la vejez (Miguel, s/f).

¹⁴ Para mayor detalle sobre la Geriatría, véase Miguel, s/f.

años de vida. Muchos adultos y adultas mayores cuentan exclusivamente con el sistema familiar en lo que respecta a la seguridad económica. De acuerdo con los resultados de la Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social realizada por el INEGI y el IMSS en 2000, la mitad de la población de 60 años y más tiene como principal fuente de sustento económico a la familia (Welti, 2002).¹⁵ Esta situación parece que no mejorará en el futuro ya que en la actualidad la mayoría de la población económicamente activa de ambos sexos no tiene acceso a un contrato formal de trabajo y tampoco contribuye a los sistemas de pensiones.

Particularmente, las mujeres de 60 años y más de hoy reflejan a una población que en su vida joven y adulta casi no participó en la actividad económica de forma asalariada, por lo que la ayuda de familiares se vuelve fundamental para su sobrevivencia. De ello da cuenta el hecho de que la principal fuente de ingreso de las adultas mayores son las transferencias (33.3 por ciento), entre las que se incluyen las remesas y aportaciones de familiares, seguidas de los negocios (28.5 por ciento) y sólo después por las pensiones (17.3 por ciento) (Ibáñez, 2002).¹⁶

En los países donde no se cuenta con un sistema de pensiones universal, es común que los adultos mayores, mujeres y hombres, sigan trabajando después de la edad considerada como del retiro. En México, de ello dan cuenta las tasas de participación en la actividad económica de adultos y adultas mayores. De los 60 a 64 años, tres de cada cuatro varones trabajan y solo una de cada cuatro mujeres lo hace. Si bien esta tasa disminuye con la edad, casi la mitad de los hombres sigue trabajando de los 70 a los 74 años.



Cuadro 7		
Tasa de participación en la actividad económica de la población adulta mayor por grupo de edad y sexo, 2003		
Grupos de edad	Hombres	Mujeres
Total	56.5	17.1
60 – 64	73.8	24.4
65 – 69	64.3	19.6
70 – 74	48.7	14.8
75 años y más	32.3	8.0

Fuente: INMUJERES con base en INEGI, Encuesta Nacional de Empleo, 2003-II.

Los ingresos por trabajo, no obstante, son francamente bajos entre la población adulta mayor, sobre todo femenina. Alrededor de 80 por ciento de las adultas mayores ocupadas no recibe más de dos salarios mínimos, mien-

tras que esta proporción es de alrededor de 65 por ciento entre los varones (véase cuadro 8). Si bien esta última es menor, no por ello resulta menos alarmante, sobre todo si consideramos que, de acuerdo con los hallazgos de Ybáñez (2002), los negocios y salarios representan la principal fuente de ingreso para la mitad de los varones adultos mayores y para 35 por ciento de las mujeres adultas mayores.

Destaca también el hecho de que son principalmente las mujeres quienes participan en la actividad económica, pero sin recibir ingresos.

En México, en 2003, sólo 20.3 por ciento de los hombres y 5.1 por ciento de las mujeres de la población adulta mayor recibía ingresos por jubilación o pensión. Este hecho, aunado a las bajas pensiones, evidentemente obliga a un alto porcentaje de adultos mayores a continuar trabajando.

¹⁵ Estas cifras no se alejan tanto de lo encontrado a través de la encuesta SABE, 1999, representativa sólo para la Ciudad de México: únicamente 62 por ciento de los adultos y las adultas mayores contaban con ingresos distintos a los provenientes de familiares (Saad, 2005).

¹⁶ Cifras estimadas con base en la ENIGH, 1994.

Cuadro 8
Población ocupada de 60 años y más, según ingreso por trabajo en salarios mínimos, 2003

	Total	No recibe ingresos	Hasta 2 salarios mínimos	Más de 2 salarios mínimos
Hombres	100.0	2.6	64.0	33.5
60 - 64	100.0	2.5	56.5	41.0
65 - 69	100.0	2.3	65.2	32.5
70 - 74	100.0	2.6	71.9	25.5
75 años y más	100.0	3.3	74.5	22.2
Mujeres	100.0	14.9	67.3	17.8
60 - 64	100.0	15.2	62.3	22.5
65 - 69	100.0	15.0	69.4	15.6
70 - 74	100.0	14.1	68.6	17.3
75 años y más	100.0	14.3	78.7	7.0

Fuente: INMUJERES con base en INEGI, Encuesta Nacional de Empleo, 2003 II.

Cuadro 9
Porcentaje de adultos mayores jubilados* por grupo de edad y sexo, 2003

Grupo de edad	Hombres	Mujeres
Total	20.3	5.1
60 a 64	14.9	5.0
65 a 69	20.0	5.7
70 y más	24.4	4.8

Fuente: INMUJERES con base en INEGI, Encuesta Nacional de Empleo, 2003-II.

*Corresponde a la población económicamente inactiva que declaró como condición de inactividad el estar jubilado o pensionado.

Actualmente, de las casi dos millones de pensiones otorgadas por el IMSS a quienes tienen 60 años y más, tres de cada cuatro pensiones son de tipo laboral, es decir, incluyen las pensiones por retiro, vejez o cesantía e incapacidad por riesgo de trabajo, así como otras pensiones análogas. El resto de las pensiones corresponde al grupo de las denominadas “no laborales”, que incluye pensiones por invalidez, viudez, orfandad y ascendencia. Dada la conformación del mercado laboral en nuestro país en el pasado reciente, la mayoría de las pensiones laborales son beneficio de varones (78.1 por ciento), mientras que las pensiones no laborales son casi exclusivas de mujeres (86.8 por ciento). Estas beneficiarias deben ser, sobre todo, viudas. Entre ellas, destaca la importancia de aquellas que tienen 75 años y más.

Al igual que en muchos otros países, en México se han empezado a desarrollar planes de pensiones privadas que complementen los sistemas de apoyo público. Ello,

sin embargo, implica devolver a la familia y a la comunidad la responsabilidad del cuidado de los adultos mayores y, por tanto, un incremento de cuidadores y cuidadoras no remuneradas, particularmente mujeres. En la actualidad, además de dedicarse al trabajo doméstico que incluye la atención a los hijos, y muchas veces también al trabajo extradoméstico, las mujeres tienen que atender las necesidades de sus padres (UN, 2002).

Dado que la participación de la familia en el cuidado de los adultos mayores resulta fundamental, aun en los países europeos donde se cuenta con una larga tradición y experiencia de los sistemas de pensiones y seguridad social (Hagestad *et al.*, 2005), es necesario que la organización de las instituciones públicas contribuya a la armonización del trabajo de los proveedores de cuidados a adultos y adultas mayores y el resto de sus actividades familiares y laborales.

Cuadro 10
Distribución porcentual de la población pensionada* según tipo de pensión, por sexo y grupo de edad, 2004

Sexo y grupo de edad	Laboral **	No laboral ***
Total	100.0	100.0
60 a 64 años	27.9	24.7
65 a 69 años	27.0	20.9
70 a 75 años	19.9	21.2
75 años y más	25.2	33.2
Hombres	78.1	13.2
60 a 64 años	20.2	4.1
65 a 69 años	22.5	4.1
70 a 75 años	15.5	2.3
75 años y más	19.8	2.7
Mujeres	21.9	86.8
60 a 64 años	7.7	20.6
65 a 69 años	4.5	16.8
70 a 75 años	4.4	18.9
75 años y más	5.3	30.5

* Incluye a personas que tienen más de una pensión, clasificadas de acuerdo con la declarada en primer término.

** Incluye pensión por retiro, vejez o cesantía e incapacidad por riesgo de trabajo, así como otras pensiones análogas.

*** Incluye pensión por invalidez, viudez, orfandad y ascendencia.

No se consideran los no especificados por grupos de edad ni por tipo de pensión.

Fuente: INMUJERES con base en INEGI, Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social, 2004, consultada en www.inegi.gob.mx

Reflexión final

Son numerosas las mujeres adultas mayores que trabajan sin remuneración alguna. Su trabajo se inserta, sobre todo, en el entorno de la familia y la comunidad, donde ellas proveen de cuidados a niños y adultos. Esto constituye una de las grandes aportaciones de estas mujeres a la sociedad y a la economía, a la cual no se le da su justo valor.

- ✓ Reconocer el intercambio intergeneracional, es decir, el que tiene lugar entre generaciones jóvenes y viejas, permite a la población de edades avanzadas mantener su estatus y rol en la familia, la comunidad y la sociedad en general. Esto implica reconocer en los adultos mayores un enorme conocimiento por compartir y sus grandes contribuciones en servicios que coadyuvan a fortalecer los lazos multigeneracionales. Sólo así será posible contrarrestar las imágenes negativas de los adultos mayores como una mera carga, cuyos efectos podríamos padecer todos al rebasar los 60 años.
- ✓ Es necesario preparar a la sociedad para que reciba en mejores condiciones a la creciente población adulta mayor. Ello implica inversiones desde edades tempranas, por ejemplo, medidas encaminadas a lograr una adecuada nutrición desde la infancia. No hay que olvidar que las desventajas que se acumulan durante la vida se exacerban al llegar a la edad adulta. En este marco, conviene a la sociedad eliminar las inequidades entre mujeres y hombres, ya que si las primeras adquieren educación, capacitación para el trabajo y atención a la salud en todas las etapas de su vida, ello se verá reflejado en adultas mayores sanas y si no autosuficientes, sí con mayores recursos para sortear la vida cotidiana.
- ✓ Garantizar la seguridad económica de los adultos y adultas mayores es fundamental. Para ello es nece-

sario reformular los esquemas de pensiones y seguridad social, de modo tal que lleguen a cubrir a toda la población que ha alcanzado la edad del retiro. Mientras tanto, es necesario promover oportunidades de empleo para los adultos mayores, las cuales deben contemplar trabajo en las casas, de manera que no tengan necesidad de transportarse al lugar de trabajo, así como horarios flexibles. También debe preverse una capacitación constante, por ejemplo, en el uso de las nuevas tecnologías de información. Estas oportunidades, hoy por hoy, son más necesarias para las mujeres adultas mayores, quienes muestran la acumulación de desventajas debidas a cuestiones de género, y cuyo resultado es la falta de recursos propios para su subsistencia en la vejez.

En China, por ejemplo, se promueve entre las mujeres adultas mayores la producción de bienes elaborados en casa, como artesanía. Además, tanto fábricas como institutos de investigación emplean adultas mayores para ayudar a revivir tradiciones y habilidades artesanales que podrían extinguirse. Por su parte, en Egipto y en Ghana se registra un número importante de mujeres adultas mayores que se encargan de negocios rentables de artesanías (UN, 2002).

- ✓ Por último, es necesario involucrar a los medios de comunicación en la revaloración del envejecimiento. Dado que ellos han contribuido sobremanera a mostrar imágenes estereotipadas de los adultos y adultas mayores como personas dependientes, y meras consumidoras de la seguridad social y de los servicios de salud, son también ellos capaces de difundir imágenes que reflejen la diversidad de adultos y adultas mayores, entre los que se encuentran miembros valiosos de la sociedad por su creatividad y por distintas contribuciones a la comunidad.

No hay que perder de vista que todos envejecemos a cada momento y que cada una de las bondades que demuestran los proyectos hoy propuestos para los adultos mayores, en última instancia beneficiarán a los adultos mayores del mañana, es decir, a los jóvenes y adultos de hoy.

Bibliografía

- ARANDA K., Lucía; Friedman K., Esther; Lara R., Elia & Rosenberg S., Florence (2005). *Family and Old Age: Prejudices*. Ponencia presentada en "The Mexican International Family Strengths Conference", junio 1-3, 2005, Cuernavaca, Morelos.
- CONAPO (2004). *Envejecimiento de la población de México. Reto del siglo XXI*. Consejo Nacional de Población, México.
- ENCINAS Reza, Jaime Enrique (s/f). "El anciano y la familia", consultado el 29 de agosto de 2005 en <http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/familia.htm>
- GARCÍA García, Juan José (s/f). "Perfil epidemiológico del adulto mayor en México", consultado en <http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/Epianc.htm> el 29 de agosto de 2005.
- GUTIÉRREZ Robledo, Luis Miguel (2004). "La salud del anciano en México y la nueva epidemiología del envejecimiento", en Conapo, *La Situación Demográfica de México, 2004*. Conapo, México, pp. 53-70.
- HAGESTAD, Gunhild O. & Herlofson, Katharina (2005). "Micro and macro perspectives on intergenerational relations and transfers in Europe". Trabajo presentado en *United Nations Expert Group Meeting on Social and Economic Implications of Changing Population Age Structures*. Ciudad de México, 31 agosto-3 septiembre, 2005.
- INEGI (2002). *La evolución de los hogares unipersonales*, México.
- INEGI. *Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social, 2004*. http://www.inegi.gob.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/encuestas/hogares/eness/eness2004-1.pdf, consultada el 15 de agosto de 2005.
- INMUJERES (2005). *¿Quiénes viven solos(as) en México?* Boletín. Dirección de General de Evaluación y Desarrollo Estadístico, INMUJERES, México.
- Investigación en salud y demografía, S.C. (Insad) (s/f). *Análisis de la Encuesta sobre Salud, Bienestar y Envejecimiento de la Población en el Área Metropolitana de la Ciudad de México*. Mimeo.
- LUNA-SANTOS, Silvia (2005). *La dynamique familiale au Mexique après la dissolution des unions*. Université Paris X - Nanterre. Tesis de doctorado en Demografía, París.
- MIGUEL Jaimes, Alejandro (s/f). "Gerontología, Geriatria y Medicina Interna". consultado el 29 de agosto de 2005 en <http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/Gerontologia.htm>
- MONTES DE OCA, Verónica (2002). "Dinámica demográfica en México durante el siglo XX y la perspectiva futura para los adultos mayores del siglo XXI", en INMUJERES, *Memoria del Foro envejecimiento y derechos de las adultas y los adultos en plenitud*, INMUJERES, México, pp.21-43.
- (1999). "Relaciones familiares y redes sociales", en Conapo - Senado de la República (Comisión de Población y Desarrollo), LVII Legislatura - Cámara de Diputados; LVII Legislatura. *Envejecimiento demográfico de México: retos y perspectivas*, CONAPO, México, pp. 287-325.
- ORTIZ de la Huerta, Dolores (s/f). "Aspectos sociales del envejecimiento", consultado el 29 de agosto de 2005 en <http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/aspectos.htm>
- PISON, Gilles (2005). "Tous les pays du monde" (2005), en *Population et Sociétés*, núm. 414, Juillet-août 2005.
- SAAD, Paulo Murad (2005). *Informal support networking among older adults in Latin America: comparative studies of SABE surveys*. Ponencia presentada en el XXV Congreso Internacional de Población, Tours, Francia, 18-23 julio.
- TOMASSINI, Cecilia et al., (2005) *North, South and West differentials in parent-child contacts among the older populations in Finland, France and Italy*. Ponencia presentada en el XXV Congreso Internacional de Población, Tours, Francia, 18-23 julio.
- UN (2002) *Gender Dimensions of Ageing*. Advance unedited version.
- VEGA Macías, Daniel (2004). "Arreglos residenciales de los adultos mayores", en Conapo, *La situación demográfica de México, 2004*, Conapo, México, pp. 43-51.
- WELTI Chanes, Carlos (2002). "Plenitud, precariedad y dependencia. La población de 60 años y más en México, según la Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social 2000", en INMUJERES. *Memoria del Foro envejecimiento y derechos de las adultas y los adultos en plenitud*, México.
- YBÁÑEZ Zepeda Elmyra (2002). *Envejecimiento en México: importancia de los ingresos durante la vejez*. Tesis de doctorado en Estudios de Población, El Colegio de México.