

El Colegio de la Frontera Norte

**Envejecimiento, políticas sociales y familia:
El caso del área metropolitana de Monterrey**

Tesis para obtener el grado de:

Maestro en Estudios de Población

Presenta:

María Hilda García Pérez

Promoción 1992-1994

Tijuana, Baja California

Septiembre de 1994

Agradecimientos

Mi agradecimiento al Lic. Romeo Madrigal y al Consejo Estatal de Población de Nuevo León por las facilidades para utilizar en este análisis la encuesta "Situación actual de las personas de la tercera edad en el área Metropolitana de Monterrey. A Roberto Ham, mi director de tesis, por haberme inducido al tema y por su permanente disposición a compartir su conocimiento conmigo y, finalmente, al Mtro. Alejandro Cervantes por su inquisidora insistencia de abordar el estudio del envejecimiento desde la perspectiva del Estado.

Asimismo, al departamento de estadística de El COLEF por el auxilio en la fase del procesamiento de los datos. Por último no puedo dejar de expresar mi gratitud a dos amigos muy especiales, María Esther Hernández y Mario Alberto Jurado, ambos en El COLEF en Monterrey, por su generosa ayuda.

INDICE

Introducción

I. Dinámica demográfica y envejecimiento de la población	1
1.1 Las sociedades envejecidas	1
1.2 El envejecimiento de la población en México	4
1.2.1 Fecundidad, mortalidad y migración	5
1.2.2 Evolución poblacional por grandes agregados de edad	9
1.2.3 Volumen de población	12
II. Dinámica social y población envejecida	15
2.1 Hacia una definición de envejecimiento	15
2.2 Perspectivas teórico-metodológicas para el análisis de la población envejecida	16
2.2.1 Perspectiva descriptiva	16
2.2.2 Perspectiva normativa	19
2.2.3 Perspectiva interpretativa	24
III. Políticas sociales, seguridad social y familia	31
3.1 Estado del Bienestar versus neoliberalismo	33
3.2 El desmantelamiento del Estado benefactor y la crisis de la seguridad social	40
3.3 Envejecimiento, salud y seguridad social	45
a) Los sistemas de salud	46
b) El sistema previsional	52
c) Dinámica demográfica y la crisis de la seguridad social	57
3.4 Políticas sociales y familia	62
IV. Perfil sociodemográfico de la población envejecida en el área metropolitana de Monterrey	68
4.1 Dinámica demográfica y envejecimiento	68
4.2 Sociodemografía de la población envejecida	72
i) Atributos individuales	74
ii) Atributos contextuales	77
a) Dinámica socioeconómica	77
b) Condición de actividad e ingreso	82
c) Condiciones de salud y acceso a servicios	85
V. Redes familiares y transferencias	89
5.1 Estructura del hogar y jefaturas envejecidas	91
5.2 Relaciones de reciprocidad	94
5.3 Transferencias económicas y de servicios	99

VI. Seguridad social y transferencias económicas y de servicios	106
6.1 Instituciones de salud	106
6.2 Sistema previsional	110
VII. Conclusiones	115
Bibliografía	126
Anexo metodológico	132

- 1-C Prueba de Ji-cuadrada para la bondad de ajuste. AMM: Distribución absoluta de la población de 60 años y más por grupos quinquenales de edad y sexo.
- 2-A AMM: Distribución porcentual de la población de 60 años y más según estado civil, sexo y edad según información censal, 1990.
- 2-B AMM: Distribución porcentual de la población de 60 años y más según estado civil, sexo y edad en encuesta, 1992-1993.
- 2-C Prueba de Ji-cuadrada para la bondad de ajuste. AMM: Distribución absoluta de la población de 60 años y más por estado civil, grupos de edad y sexo.
- 3-A AMM: Población de 60 años y más por condición de actividad, tipo de inactividad, grupos de edad y sexo según información censal, 1990.
- 3-B AMM: Población de 60 años y más por condición de actividad, tipo de inactividad, grupos de edad y sexo según encuesta, 1992-1993.
- 3-C Prueba de Ji- cuadrada para la bondad de ajuste. AMM: Distribución absoluta de la población de 60 años y más por condición de actividad, grupos de edad y sexo.

Gráficas

- 1.1 Transición demográfica en México.
- 1.2 Evolución de la población de 60 años y más en México.
- 4.1 Transición demográfica en México, Nuevo León, y área metropolitana de Monterrey.
- 4.2 Población envejecida en el área metropolitana de Monterrey según sexo y edad.
- 4.3 Población envejecida en el área metropolitan de Monterrey según estado civil y sexo.

Figuras

- 5.1 Nivel de convivencia de familiares y amigos con la población envejecida.
- 5.2 Nivel de apoyo de familiares y amigos con la población envejecida.

Introducción.

El envejecimiento de la población lleva aparejada una presión creciente sobre los recursos destinados a la seguridad social pues crea la necesidad de diseñar y respaldar esquemas de atención especializada para dicha población. Este fenómeno, además está representando una disminución efectiva de los recursos productivos de la sociedad por la prevalencia de los enfoques que segregan a los viejos de la esfera económica y supone en muchos casos, una carga creciente sobre el flujo de recursos materiales y humanos disponibles en el hogar debido a los servicios que reclama.

La problemática que se deriva del envejecimiento paulatino de la población lleva implícita la discusión sobre quién asumirá la responsabilidad de diseñar las estrategias y programas necesarios, quién proveerá los recursos indispensables para la implementación de estos programas y, quién absorberá los costos del envejecimiento de la población. La carencia histórica de programas sociales específicos y de infraestructura y equipamiento para la atención de la población envejecida en el país, aunado a las políticas de modernización del estado mexicano que durante las últimas dos décadas han significado una reorientación de la política social y un recorte sistemático del gasto social, parecen mostrar que los costos del envejecimiento de la población estarán siendo mayores para las familias.

El objetivo de este trabajo será indagar sobre cuáles son los factores que intervienen en el proceso de reproducción cotidiana de la población envejecida en el área metropolitana de Monterrey, así como qué proporción de esta población depende

para sobrevivir de las transferencias económicas o en especie de la seguridad social, la familia o de personas ajenas al hogar.

La principal fuente de información a utilizar será la encuesta "Situación actual de las personas de la tercera edad en el área metropolitana de Monterrey", que fue diseñada para recolectar información sociodemográfica de 461 individuos de 60 años y más, así como algunas características de sus hogares (ver anexo metodológico).

Para caracterizar el proceso de reproducción cotidiana de la población envejecida del área metropolitana de Monterrey analizaremos a este grupos de acuerdo a lo siguiente: a) su función como productor de ingresos o consumidor de bienes; b) la manera en que las instituciones de seguridad social se articulan al proceso de reproducción por medio de las transferencias vía servicios médicos y pensiones; c) la interacción que establece con otros miembros del hogar, indagando cómo se articulan los mecanismo de solidaridad hacia esta población por parte de los miembros del hogar o la familia, así como la identificación de algunos de los recursos que transfieren.

Las hipótesis que serán contrastadas en el presente trabajo consideran lo siguiente:

1) El incremento que experimenta la población envejecida aunado a las condiciones de desigualdad que prevalecen en los subsistemas de salud, están favoreciendo accesos diferenciados, de los viejos, a dichos servicios, además de otorgar un número limitado de pensiones.

2) El desarrollo "incompleto" o "restringido" que alcanzaron los sistemas de

seguridad social durante el desarrollo del Estado del Bienestar permiten prever que los costos del envejecimiento están siendo cubiertos en una buena medida por la familia. Lo anterior nos lleva a considerar que entre *menor apoyo económico o de prestación de servicios de las instituciones de seguridad social mayor será la demanda de transferencias económicas y de prestación de servicios* por parte de la población envejecida a la familia.

3) Por otra parte, la presencia de población envejecida en un mayor número de hogares están significando cambios importantes en las estrategias de reproducción de los mismos, los cuales al no disponer de transferencias económicas que garantice la plena reproducción física y social de los viejos, deberán hacer uso de las redes de apoyo integrada por familiares o amigos. *La Intensidad y el tipo de transferencias que demande la población envejecida a otro miembros de la familiares o a miembros ajenos a ésta, presentarán variaciones en distintos grupos de edad, debido a la relación directa entre dependencia y edad.* El incremento en la probabilidad de padecer enfermedades conforme aumenta la edad repercutirá en una mayor demanda en la transferencia de recursos económicos y de servicios.

El documento comprende dos grandes apartados de tres capítulos cada uno, más las conclusiones. En el primer apartado se discutirá los aspectos demográficos y sociales que acompañan al fenómeno del envejecimiento en México. Se propone una definición que delimita lo demográfico de lo social, por lo que el término

envejecimiento de la población hará referencia a las transformaciones que experimentan los componentes demográficos y la manera en que estos impactan las estructuras de población, mientras que se hablará de población envejecida cuando se incursione en los aspectos cualitativos del fenómeno, esto es los factores sociales que lo están determinando. Paralelamente en este apartado serán caracterizados los dos ámbitos que inciden de manera directa en el proceso de reproducción cotidiana de la población envejecida: la seguridad social y la familia. La seguridad social es analizada desde la perspectiva del Estado, por lo que se consideran dos momentos en el tiempo, en donde se analiza la evolución de algunas de las políticas sociales directamente vinculadas con la población envejecida y sus familias, así como el tránsito de un Estado benefactor a otro de corte neoliberal. El primero de éstos comprende desde los años cuarenta hasta principios de los ochenta, etapa de establecimiento del Estado del Bienestar, mientras que a principios de los ochenta se observa el tránsito hacia el desarrollo de políticas de corte neoliberal. En este último periodo se observan que las políticas sociales comienzan a transformarse, lo que está significando una nueva manera de concebir las relaciones entre la sociedad, la familia y la población envejecida.

En el segundo apartado se analizará a la población envejecida del área metropolitana de Monterrey, por lo cual se hace una breve descripción de la evolución de los componentes demográficos y algunos indicadores económicos en la zona. Posteriormente se caracterizará a la población envejecida entrevistada de acuerdo al conjunto de atributos individuales y contextuales, así como la manera en que estos

participan en el proceso de su reproducción biológica y social. En los dos últimos capítulos se identifican algunos de los recursos materiales y sociales que son transferidos por la familia y la seguridad social a dicha población, lo cual nos permite acercarnos en un primer momento al nivel de responsabilidad de cada una de estas instituciones.

1. Dinámica demográfica y envejecimiento de la población

1.1 Las sociedades envejecidas

En este apartado caracterizaremos los procesos demográficos que determinan el envejecimiento de la población y la manera en que éstos impactan a la sociedad mexicana a partir de la redefinición de su estructura poblacional.

Un factor que resulta importante resaltar, es que existen criterios internacionales definidos por Naciones Unidas, que le asignan a determinadas poblaciones la categoría de sociedades "puberes", "jóvenes", "maduras" y "envejecidas". El criterio para ingresar a una de estas categorías, se define en atención al porcentaje de población de 60 años que presenta un país o nación. Se considera que una sociedad es "puber", si el monto total de individuos de 60 años y más con que cuenta, es menor del 4 por ciento; una sociedad es "joven" si dicha proporción se encuentra entre el 4 y el 6 por ciento; mientras que las sociedades "maduras" deberán alcanzar entre el 7 y el 9 por ciento; y en las "envejecidas" la proporción deberá ser igual o superior al 10 por ciento de la población total (Novak, 1993:69).

El envejecimiento estará entonces particularmente asociado al incremento en el número y en la proporción de población en edades avanzadas (60 años y más) y en

el decremento en la proporción de niños y jóvenes¹ (0-14 años) (Matras, 1990:20), mientras que el proceso inverso, el de rejuvenecimiento de la población está vinculado al incremento en la proporción de población joven y el decremento de la población de 60 años y más (Müller y Pantelides, 1991:14).

Tanto el envejecimiento o el rejuvenecimiento que experimenta una población es el resultado del efecto combinado de los componentes demográficos -fecundidad, mortalidad y migración-, los cuales inciden diferenciadamente en las transformaciones que presenta la estructura de edad de una población.

Un esquema analítico que nos ayuda a ejemplificar cómo los cambios en la fecundidad y la mortalidad influyen en la redefinición del perfil de una sociedad, es la transición demográfica². Dentro de las fases o etapas que integran este esquema es posible observar como se transita hacia una sociedad rejuvenecida, cuando la misma experimenta un acelerado descenso en sus niveles de mortalidad, a la vez que la fecundidad presenta niveles elevados. Los cambios en la mortalidad, si bien afectan a todas las edades, éstos impactan principalmente a los grupos en edades extremas, - los niños y los viejos-, lo anterior debido a que se incrementan las expectativas de vida de los mismos. Cuando esta situación se combina con el aumento en el número de

¹ Existen variaciones respecto a los grupos de edad que conforman estos tres subgrupos, en donde algunos autores delimitan el primer grupo de 0-14 años (Matras, 1990; Müller y Pantelides, 1991) ó de 0-17 años (Novak, 1992), así como también establecen cortes distintos para referirse a la población envejecida a partir de los 60 años, corte normalmente utilizado en el análisis a países en desarrollo (Ham, Redondo, Müller y Pantelides, Celade, 1990) ó bien a partir de los 65 años, el cual es utilizado para medir el envejecimiento en países desarrollados (Matras; Novak; Bazo, 1990).

² La transición demográfica es definida a partir de tres etapas o fases, las cuales atienden a la experiencia que experimentaron los países del noroeste europeo y más tarde norteamérica, en la disminución de sus niveles de crecimiento poblacional. En la primera etapa la sociedad experimenta un régimen de altas tasas de fecundidad y mortalidad, que devienen en una dinámica demográfica equilibrada, debido a las bajas tasas de crecimiento natural que se alcanzan. La segunda etapa, manifiesta altos niveles de crecimiento natural, resultado de tasas elevadas de natalidad y de una disminución en los niveles de mortalidad. Finalmente la tercera etapa, presenta bajas tasas de crecimiento natural, las cuales son consecuencia de un régimen de bajos niveles de fecundidad y mortalidad (Matras, 1990:23).

nacimientos, permite que se incremente los grupos de edad localizados en la base de la pirámide, provocando por lo tanto, el rejuvenecimiento de la sociedad .

Dentro del proceso inicial que acompaña el envejecimiento de una sociedad, se observa como la contracción de la fecundidad juega un papel determinante, mientras que en un segundo plano se encuentran los cambios en la mortalidad y la ganancia en la esperanza de vida al nacimiento. La baja en la fecundidad modifica directamente el peso relativo que sobre el total tenían los grupos en edad infantil y juvenil, llevando a que se incrementen paulatinamente los grupos de edades intermedias y avanzadas. Este proceso de envejecimiento se le denomina envejecimiento por la base (Pressat, 1983:240).

Otro momento, que acompaña al proceso de envejecimiento de una sociedad, es cuando la misma ha mantenido por periodos prolongados bajos niveles de fecundidad y mortalidad, lo que permite que paulatinamente disminuya la presión de la fecundidad sobre la estructura de la población, mientras que el incremento en las esperanzas de vida al nacimiento es lo que determina el envejecimiento. A esta manera de envejecer, se le llama envejecimiento por la cúspide (Idem).

Por otra parte, cuando se discute el peso que las migraciones tienen sobre la estructura de población, resulta importante considerar el perfil sociodemográfico del migrante. La edad y su sexo son dos factores que contribuyen en la definición de las estructuras poblacionales de los lugares de origen y destino de los migrantes.

Una característica intrínseca a los migrantes es su condición de juventud (Novak, 1993:72; Matras, 1990:34;). El arribo entonces de población joven a una

sociedad determinada estaría contribuyendo al rejuvenecimiento de sus estructuras³, mientras que el flujo contrario, es decir la salida de población joven de una región o de un país, contribuiría al envejecimiento de su población (Pressat, 1983:241).

1.2 El envejecimiento de la población en México.

El envejecimiento de la población es un fenómeno, que si bien está directamente relacionado con cambios en los componentes demográficos de un país, estos a su vez son altamente sensibles a la dinámica socioeconómica y política. México no es la excepción a esta regla, por lo que los cambios que experimentó el país desde la primera mitad de este siglo en su mortalidad, así como el acelerado descenso a mediados de los setentas en la fecundidad marcaron una tendencia demográfica que involucró cambios en las estructuras de población. Adicionalmente, el mejoramiento en las condiciones sanitarias y ambientales, el incremento en las oportunidades económicas de la población y una mayor educación fueron algunos de los factores que contribuyeron a elevar la calidad de vida y a prolongar las expectativas de longevidad para un número cada vez mayor de individuos. Por otra parte, las políticas de población que devinieron en la implementación de programas de planificación familiar tuvieron un efecto determinante sobre los niveles de fecundidad actuales. Respecto

³Novak cuando habla del caso canadiense, nos dice que el flujo migratorio iniciado a principios de los años cincuenta contribuyó con el 6 por ciento del crecimiento total de la población durante el período de 1946 a 1978. La presencia principalmente de inmigrantes en edades jóvenes contribuyeron en la reducción de la edad media de los canadienses, además de adicionarle nacimientos al país, como resultados del Baby Boom de los años cincuenta y sesenta. Finalmente, el autor precisa, que la contribución de la migración en el envejecimiento de la sociedad canadiense, podrá observarse hasta el siguiente siglo, cuando los mismos contribuyan a engrosar los grupos de edad localizados en la parte superior de la pirámide (1993:73).

a las migraciones, resulta relevante considerar la relación que guardan con los mercados de trabajo y con el proceso de urbanización-industrialización de un país.

1.2.1 Fecundidad, mortalidad y migración.

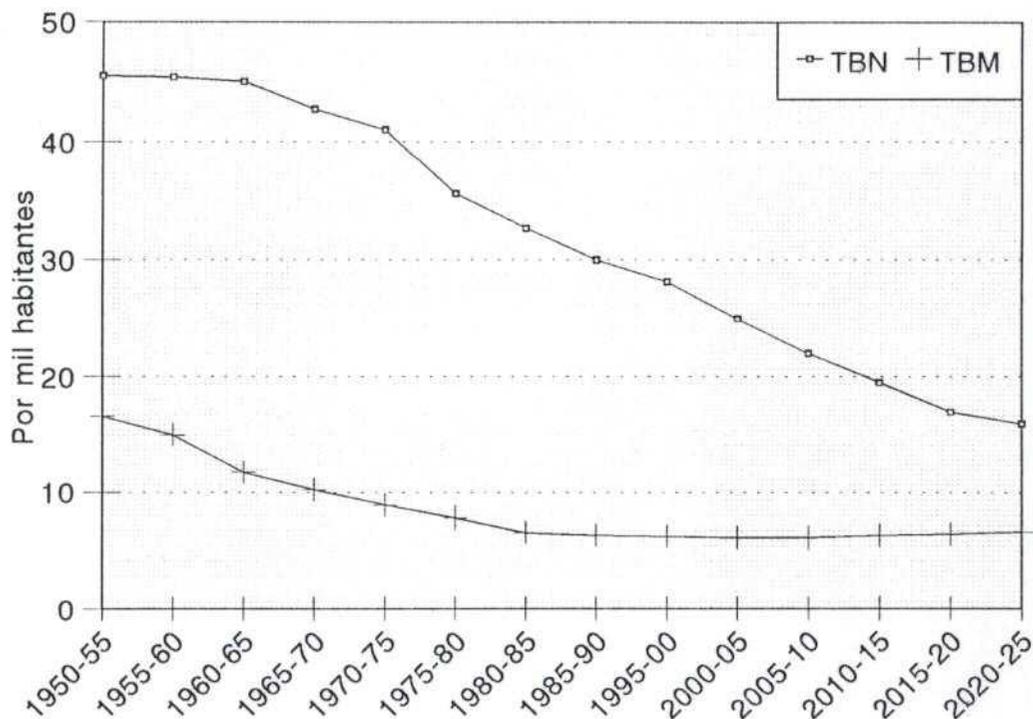
La evolución de los componentes demográficos durante las últimas cuatro décadas y su impacto sobre las estructuras de población en México, nos permiten identificar dos etapas de la transición demográfica: i) uno que comprende de 1950 hasta antes de 1975; ii) y otro que comienza a partir de 1975. Según se aprecia en la gráfica 1.1, el primer momento se encuentra marcado por elevados descensos en la mortalidad y niveles elevados de fecundidad. Mientras que el otro momento, está definido por ritmos menores en la disminución de la mortalidad, pero con la caída abrupta en la fecundidad, permitiendo que se observen descensos acelerados en la fecundidad a partir de la segunda mitad de los setenta, y descensos más graduales en los años noventa.

Para poder profundizar en las transformaciones demográficas que acompañan estas etapas, se describirá cuál fué la evolución de los indicadores más refinados que miden la fecundidad, la mortalidad y el efecto migratorio externo, esto es, se analizarán las transformaciones de la tasa global de fecundidad (TGF)⁴, la esperanza

⁴La tasa global de fecundidad (TGF) se define en el Diccionario Demográfico Multilingüe, como "el número de niños que en un año dado habrían nacido por cada mil mujer, bajo un supuesto de mortalidad nula, desde el nacimiento hasta el fin de la edad fértil, y sometidas a las tasas de fecundidad por edad observadas para ese año" (Celade, 1985:109).

de vida⁵ al nacimiento, así como la tasa de migración⁶.

Gráfica 1.1: Transición demográfica en México



Fuente: CELADE (1993)

Los componentes demográficos que mejor definen la dinámica en el período 1950-1990 son la fecundidad y mortalidad. Como podemos apreciar en el cuadro 1.1, durante las primeras décadas de este periodo el país mantenía una TGF de un nivel superior a los 6 hijos por mujer. Lo anterior como resultado de los niveles de

⁵ La esperanza de vida a la edad x , es el número medio de años que le quedan por vivir a los sobrevivientes (Celade, 1985:80).

⁶ Es la diferencia entre los inmigrantes y los emigrantes por cada mil habitantes (Ham, 1993:690).

fecundidad tan elevados presentes en los cincuenta, que reportaban nacimientos del orden de los 45.4 por cada 1000 habitantes (Celade, 1993:107). Esta tendencia al combinarse con el descenso acelerado de la mortalidad en el país, cuya tasa bruta⁷ paso de las 15.56 defunciones por cada 1000 habitantes en 1950 a una de 8.94 defunciones por 1000 en 1970, fué lo que contribuyó al crecimiento acelerado de la población.

Cuadro 1.1 Evolución de la fecundidad, mortalidad y migración en México de 1950-2025.				
Periodo	TGF (1)	e(0)H (2)	e(0)M (3)	TM (4)
1950-1955	6.75	49.20	52.37	-1.39
1955-1960	6.75	53.85	57.07	-1.2
1960-1965	6.75	57.01	60.30	-1.43
1965-1970	6.70	58.51	62.21	-1.91
1970-1975	6.37	60.61	65.28	-2.41
1975-1980	5.03	62.71	68.35	-1.8
1980-1985	4.29	64.05	70.30	-2.12
1985-1990	3.60	65.70	72.07	-1.89
1990-1995	3.16	67.10	73.58	-1.86
1995-2000	2.80	68.30	74.83	-1.83
2000-2005	2.53	69.31	75.88	-1.79
2005-2010	2.33	70.18	76.89	-1.76
2010-2015	2.19	70.89	77.60	-1.73
2015-2020	2.09	71.48	78.19	-1.69
2020-2025	2.03	71.97	78.67	-1.64

Fuente: CELADE. Boletín Demográfico, año XXVI, No.51, Chile, enero 1993.
 (1): Tasa global de fecundidad; (2): Esperanza de vida al nacimiento en hombres; (3): Esperanza de vida al nacimiento en mujeres; (4) Tasa de migración.

La disminución tan pronunciada de la mortalidad en estos veinte años, es resultado de la tendencia manifiesta desde la década de los años cuarenta. Según Jiménez de 1940 a 1960 se presentó la mayor disminución de este componente en el país, lo cual fué resultado de la mejoría en las condiciones de vida de la población,

⁷ La que aporta una medida global relativa a la mortalidad. la tasa bruta es la relación entre el número de defunciones durante un año y la población media de ese año (Pressat, 1983:108).

de los avances médicos, del mayor acceso a los servicios de salud (1993:8) y del saneamiento ambiental. Esta relación facilitó no sólo que la población presentará la tasa de crecimiento total más elevada durante el período 1965-70, es decir que se adicionaran 32 individuos por cada 1000 habitantes, sino además que se alcanzaran las mayores ganancias en las esperanzas de vida al nacer.

Una revisión de las esperanzas de vida al nacimiento permiten identificar, que durante los tres primeros quinquenios (1950-65) se alcanzaron las mayores ganancias en los niveles de sobrevivencia. Se observó por ejemplo, que a pesar de las diferencias que existen en las esperanzas de vida entre sexos, las ganancias alcanzadas entre 1950 y 1960 fueron muy similares. Por ejemplo en 1950 el sexo masculino paso de una esperanza de vida de 49.2 años a una de 57.01 años, esto es, se incrementó en 7.8 años, mientras que las mujeres adicionaban 7.9 años. Los niveles alcanzados en las esperanza de vida al nacer durante estos diez años, son similares a los que se lograrán durante los 20 años siguientes.

En el contexto de alta fecundidad e incremento en las esperanzas de vida, se observa un crecimiento en la proporción de población localizadas en la base de la pirámide, esto es, las estructuras rejuvenecen.

La segunda etapa inicia con la baja en la fecundidad a mediados de los setentas, provocando que la tendencia rejuvenecedora se revierta. La fecundidad aparece como el componente principal que determina el proceso de envejecimiento del país. Las TGF que se observa a partir de ese período, nos muestran un acelerado y continuo descenso de la fecundidad, en donde se pasa de una TGF de 5 hijos por mujer en

1975 a una de 3.16 hijos por mujer en 1990.

Los cambios en la fecundidad llevaron a que la tasa de crecimiento total pasara de niveles mayores de treinta individuos por 1000, a 25.9 por mil en el período de 1975-1980. Lo anterior permitió que se redujera el peso proporcional de los grupos en edades infantiles y juveniles, lo que sienta las bases para que México transite hacia el envejecimiento de sus estructuras.

Un factor más, que no debe dejarse de lado cuando se analiza los componentes que contribuyen al envejecimiento de la población, es la migración. Como se observa en el cuadro 1.1, México cuenta con una tradición migratoria internacional que lleva que los indicadores siempre sean negativos, esto es, que hablemos de pérdida de población. Como ya señalamos, la salida de población joven es un factor que contribuye al proceso de envejecimiento. En el caso mexicano, la presión que ejerce la baja en la fecundidad sobre las estructuras, esto es, el envejecimiento por la base, pone en un segundo plano la influencia de la mortalidad y casi nulifica el peso de la migración.

1.2.2 Evolución poblacional por grandes agregados de edad.

El estudio de las estructuras de población en México incluye la observación de los cambios proporcionales que presentan los tres grandes agregados de edad. El cuadro 1.2 nos muestra la evolución de las estructuras desde 1950 hasta el año 2025 para cada agregado, esto es el grupo en edades formativas (0-14 años); el de edades

productivas (15-59 años) y; el de edades envejecidas (60 y más).

La revisión de estos datos nos muestra tres situaciones a considerar: i) el rejuvenecimiento de las estructuras durante 1950-1970; ii) el robustecimiento de los grupos en edades productivas a partir de los ochenta y; iii) el tránsito al envejecimiento a partir de la segunda mitad de los ochenta.

Según podemos apreciar en el cuadro 1.2 entre 1970 y 1980 la sociedad mexicana transita de una estructura rejuvenecida a una estructura que se prepara al envejecimiento. El decremento en la proporción de los grupos en edad formativa, así como el aumento de los grupos en edades productivas, crea las condiciones para que 1985 aparezca como el punto de inflexión hacia el envejecimiento de las estructura de la sociedad mexicana.

Cuadro 1.2 Población de México por grupos de edad en 1950, 1970, 1990 y proyecciones para 2010 y 2025 (población en miles).										
Grupo de Edad	1950		1970		1990		2010		2025	
	Abs	%	Abs	%	Abs	%	Abs	%	Abs	%
Total	27 297	100.1	50 328	100.1	84 486	100.0	118 455	100.0	137 483	100.0
0-14	11 741	43.0	23 494	46.7	32 107	38.0	34 139	28.8	32 034	23.3
15-59	13 766	50.4	24 072	47.8	47 628	56.4	74 558	62.9	88 046	64.0
60 y más	1 789	6.6	2 761	5.5	4 751	5.6	9 758	8.2	17 403	12.7

Fuente: CELADE. Boletín Demográfico, año XXVI, No. 51, enero de 1993.

Una revisión más a detalle de la evolución en los últimos 40 años del grupo en edades envejecidas, así como del comportamiento que se espera presente en los próximos 35 años, permite identificar que hasta antes de 1985, las población de 60 años y más presentaba variaciones continuán, que muestran pérdidas en la proporción de población en estas edades. En 1950 este grupo representaba el 6.6 por ciento de

la población total, cifra que en 1980 había descendido a 5.2 por ciento. El descenso en la proporción es resultado del incremento que presentan los grupos en edad formativa.

En la inspección que se hace de los datos, pareciera observarse una contradicción, sobre todo cuando hacemos referencia en un primer momento a un proceso de rejuvenecimiento y observamos que la proporción de la población envejecida es superior a la que presenta el país a mediados de los ochenta, momento que definimos como el punto de partida hacia el envejecimiento de las estructuras. La aparente contradicción que acompaña los altibajos en la proporción de población envejecida, puede ser explicada a partir de las siguientes consideraciones: a) de 1940 a 1965 la mortalidad desciende de manera importante, lo anterior tienen implicaciones en todos los grupos de edad, pero principalmente en los grupos en edades más vulnerables (niños y viejos). Esta última situación podría ser el factor explicativo de los niveles que alcanzan el grupo en edad avanzada. Es decir se observa un doble efecto en donde la mortalidad y la fecundidad contribuyen a que se amplíe la base de la pirámide, mientras que el incremento en las esperanzas de vida de la población de 60 años y más, no permite el descenso abrupto en la proporción de este grupo y; b) a pesar de que la proporción de población de 60 años y más para 1985 presenta niveles inferiores a los alcanzados en los años cincuenta, la evolución esperada a partir de las proyecciones de Celade, permite identificar a 1985 como el momento de transición hacia el envejecimiento, debido a que de 1980 a 1985 inicia el ascenso de

este agregado⁸.

Un factor que faltaría por revisar, es el relativo a las proyecciones de población. Si tomamos como parámetro conceptual la definición de Naciones Unidas para caracterizar a la sociedad mexicana de acuerdo a las variaciones en las proporciones que experimentará su población de 60 años y más, deberemos esperar que en caso de que se cumplan los supuestos de fecundidad que acompañan las proyecciones, en un período no mayor de 30 años México se habrá convertido en una sociedad envejecida, debido a que para el año 2020 se alcanzará un nivel de población de 60 años y más superior al 10 por ciento de la población total, lo que significa que de cada 10 mexicanos, uno de éstos tendrá más de 60 años de edad.

1.2.3 Volumen de población

Otro componente importante de la evolución de la población es su volumen, el cual nos permite conocer en términos de cantidad el número de individuos al que estamos haciendo referencia.

En el período comprendido entre 1950 y 1990 el volumen de población en México se incrementó de manera importante. Según se aprecia en el cuadro 1.2, en el transcurso de 40 años mientras la población total paso de 27 296 627 a 84 486 327, es decir mientras la población total multiplicó su tamaño por 3.1, la población envejecida se elevó por 2.6, pasando de 1 789 343 a 4 751 081. Al considerar las

⁸. El grupos en edad avanzada transita de 5.2 por ciento en 1980 a 5.3 por ciento en 1985.

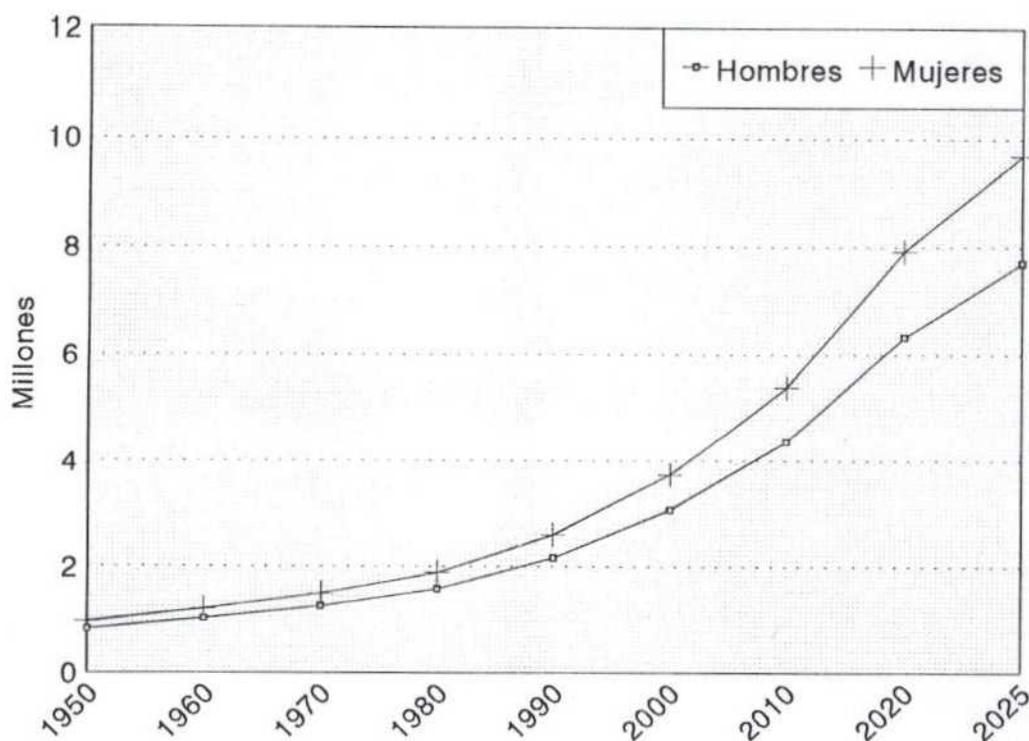
proyecciones hechas por Celade, observaremos que de 1950 al 2025, mientras se espera que la población total se incremente 5 veces, la población envejecida crecerá 9.7 veces (ver cuadro 1.2).

Del análisis de la información por sexo, observamos que el envejecimiento se presenta como un fenómeno que favorece al sexo femenino, debido a que la proporción de mujeres en 1950 fue de 54.1 por ciento, cifra que pasa a ser del 54.5 para 1990. Las proyecciones nos muestran un incremento gradual en la proporción de mujeres para el año 2025, donde se espera sea de poco más del 55 por ciento. La explicación que se da a este hecho, tiene su origen en las diferencias en la esperanza de vida entre sexos. Por ejemplo una revisión de las esperanzas de vida al nacimiento, nos muestran que las mujeres en 1990 tenían una esperanza de vida al nacer mayor, debido a que podían aspirar a vivir hasta 6.5 años más que su contraparte masculina (Celade, 1983:107-109).

En la gráfica 1.2 se aprecia la evolución por sexo de la población envejecida, la cual manifestó similitudes en sus niveles de crecimiento hasta antes de 1990, es decir, que mientras la población masculina creció 2.6 veces, la femenina se incremento en 2.7. En términos absolutos, la población masculina se incremento de 821 434 habitantes en 1950 a 2 162 978 en 1990, en tanto que la femenina paso de 967 909 a 2 558 103 en el mismo periodo.

Una manera de acercarnos al problema del envejecimiento es a partir de identificar la existencia de matices de acuerdo a la edad, lo que nos muestra diferencias en el ritmo de crecimiento. Retomando la propuesta de Pantelides y Müller,

Gráfica 1.2: Evolución de la Población de 60 años y más en México



Fuente: CELADE (1993)

hablaremos de "viejos" para referirnos a la población de 60 a 74 años de edad y de "grandes viejos" para referirnos a los de 75 años y más (1991:13). El grupo de los grandes viejos es el que presentó los mayores niveles de incremento, debido a que de 1950 a 1990 creció 3.8 veces, mientras que el grupo de los viejos crecieron 2.4 veces. Si observamos la evolución de estos grupos de acuerdo a las proyecciones de población, se espera un incremento en los viejos de 8.9 veces entre 1950 y 2025, mientras que los grandes viejos habrán de incrementarse 13.8 veces. Estos últimos datos nos permiten prever que dentro de 35 años más el 23 por ciento de la población envejecida tendrá más de 75 años.

II. Dinámica social y población envejecida.

2.1 Hacia una definición del envejecimiento.

En este apartado haremos una revisión de las diferentes perspectivas analíticas sobre el envejecimiento. Conviene destacar que existen una gran variedad de enfoques y esquemas interpretativos del fenómeno, en virtud de su carácter multidimensional el envejecimiento ha sido objeto de importantes estudios dentro de la medicina, la psicología, la sociología, la económica y otras disciplinas científicas. La mayoría de estos estudios se han realizado en países altamente industrializados ensayando enfoques y teorías que atienden a las condiciones sociales e institucionales propias de estas sociedades. El interés en estos países por el tema es resultado de cambios en sus estructuras demográficas iniciadas a finales de siglo pasado y que han conducidos a un envejecimiento relativo de su población, con implicaciones sobre instituciones como la familia, el trabajo, y la seguridad social.

En los países en vías de desarrollo y particularmente en América Latina se han desarrollado muy pocos esfuerzos por estudiar el envejecimiento de la población y sus implicaciones. Los pocos estudios existentes, realizados principalmente en los países del Cono Sur⁹, han adaptado los enfoques desarrollados en Europa y América del Norte. En este apartado, nos referiremos exclusivamente a aquellas perspectivas y cuerpos teóricos que en forma tácita o explícita han sido utilizados en los estudios

⁹ Uruguay y Argentina.

sobre población envejecida en América Latina.

Resulta relevante identificar una línea interpretativa dentro de las ciencias sociales, en donde a pesar de reconocer la multidimensionalidad que acompaña el fenómeno del envejecimiento, se argumenta que los factores sociales condicionan en mayor medida los factores biológicos y psicológicos, por lo que el envejecimiento de la población es resultado fundamentalmente de un proceso social y no individual (Atcheley; Seltzer, 1976:V).

2.2 Perspectivas teórico-metodológicas para el análisis de la población envejecida

2.2.1 Perspectiva Descriptiva

Una gran cantidad de la investigación sobre envejecimiento que se realiza actualmente en América Latina manifiesta una mayor preocupación por la aplicación de técnicas o de métodos de investigación, que por el desarrollo de marcos conceptuales que sirvan para explicar e interpretar las implicaciones del envejecimiento sobre la sociedad. Esta práctica no responde a un propósito deliberado de eludir la responsabilidad de desarrollar cuerpos teóricos específicos que proporcionen un marco para explicar las particularidades del proceso del envejecimiento en países en vías de desarrollo, sino a la urgencia de iniciar estudios de carácter exploratorio de un fenómeno que va adquiriendo importancia cada vez mayor en la región por las repercusiones que tendrá sobre la estructura social y económica de los países de la región.

Los resultados a los que se arriba con este tipo de trabajos, permiten caracterizar sociodemográficamente a la población envejecida, así como identificar la existencia de regularidades a través de las cuales se matizan las diferencias existentes entre los distintos grupos de edad que la integran, esto es, se detectan particularidades sobre los viejos de acuerdo a su distribución por sexo, ingresos y condiciones de salud. La mayoría de los estudios realizados son de corte transversal y se apoyan básicamente en fuentes censales, aunque algunos de ellos han utilizado encuestas por muestreo, que permiten la obtención de datos adicionales de manera rápida y a bajo costo.

A pesar del carácter multidimensional del fenómeno del envejecimiento, los estudios realizados dentro de la perspectiva descriptiva, privilegian la edad sobre otras variable en la definición del envejecimiento, lo anterior como resultado de la influencia que ejerce el enfoque demográfico sobre el tema.

Por ejemplo Müller y Pantelides en su trabajo "Aspecto demográficos del envejecimiento" hacen una caracterización de la sociedad Argentina de 1869 a 1980 a través de una clasificación del envejecimiento en atención a la edad, en donde denominan ancianos o viejos a los individuos con edades superiores a los 60 años y, grandes ancianos al conjunto de individuos con 75 años y más (1991:13).

En la misma perspectiva se encuentra el trabajo de Ham Chande sobre la sociedad mexicana. En éste se reconoce que el envejecimiento no es homogéneo por lo que se trata de un proceso gradual y diferenciado para cada individuo. Identifica umbrales de transición al envejecimiento que expresan dichas diferencias. A pesar de

que considera que no existe un momento fijo de entrada al envejecimiento, la base de su construcción metodológica es la edad y las condiciones de salud. Las etapas o umbrales de transición que propone son: a) de los 60 a 64 años es la etapa de transición a la vejez; b) la tercera edad, se experimenta de los 65 a los 74 años, en esta etapa los individuo aún cuentan con oportunidades para una vida con autonomía y buena salud; c) de los 75 a los 84 años, es la vejez avanzada, en donde se observa una pérdida en las capacidades físicas y por lo tanto un incremento en la dependencia para los cuidados de salud y sostenimiento económico y; d) La última etapa, denominada período de decrepitud, incluye a los individuos de 85 años y es el momento en donde se transita por una dependencia total (1993:689).

Otro trabajo en esta misma línea de análisis es el de María Teresa Bazo, quien incursiona en la población envejecida de Bilbao a partir de la variable edad y haciendo un corte en los 65 años. La autora denomina envejecimiento primario, al condicionado por los nivel de salud, mientras que habla de envejecimiento secundario, cuando involucra el estilo de vida de la población. Este último factor es caracterizado de acuerdo al ingreso, la ocupación, además por la presencia de ciertos valores y actitudes (1990:13).

La asociación de variables y las regularidades de éstas son los factores que acompañan esta perspectiva analítica. El análisis de agregado es la forma más convencionalmente utilizada en los estudios sobre la población envejecida y, en donde la riqueza interpretativa depende en gran medida de las variables que se relacionen y de que dicha construcción se apoye o no en un cuerpo teórico.

2.2.2 Perspectiva Normativa

La perspectiva normativa sostiene que el orden social está basado en la cooperación, en la interdependencia, en valores compartidos, en la subordinación de lo individual a lo social y en el equilibrio societal. La pregunta fundamental que intentan responder los estudios realizados bajo esta perspectiva es cuál es la estructura de la sociedad en la que vive la población y cómo funcionan cada unos de sus componentes (Novak, 1993:27). Dentro de esta perspectiva entran la teoría de la actividad, la teoría estructural-funcionalista, la teoría del descompromiso social y la teoría de la estratificación de la edad. Estas dos últimas han sido utilizados en varios estudios sobre envejecimiento en países de América Latina.

La teoría del descompromiso social (disengagement theory) aborda el fenómeno del envejecimiento desde el ámbito psicosocial. Sus principales exponentes son Cumming y Henry (1990, citados por Oddone) quienes establecieron que con la vejez, los individuos rompen el contrato que mantenían con la sociedad, iniciando una disminución en las actividades sociales que los llevará al retiro definitivo de sus funciones sociales y económicas. La "muerte social" por etapas se presenta como un proceso de preparación para el individuo y la sociedad de lo que será la "muerte biológica" (Oddone, 1990:72). El descompromiso, es decir el no cumplimiento de los roles sociales, aparece como una respuesta a la pérdida de interés que la sociedad manifiesta por los viejos. En términos individuales los viejos interiorizan sus vivencias y se centran en su persona, lo que los lleva a asumir una conducta contemplativa y

reflexiva. Se presume que por primera vez el individuo se encuentra libre de las presiones externas. Esta teoría anticipa un fracaso en las relaciones intergeneracionales. (Oddone, 72-73).

En la misma perspectiva normativa se encuentra la teoría de la estratificación de la edad que retoman conceptos como cohorte¹⁰ y generación, que son desarrollados por el análisis demográfico (Riley; Caín, 1976:60). Caín, resalta lo impreciso que resulta hablar del término "generación", básicamente por lo complejo que es marcar el inicio y la terminación de la misma; por lo indefinido de su extensión; las características de su membresía y las cualidades que diferencian a una generación de otras. Para el autor, la definición de generación que presenta un potencial teórico mayor es la asociada a la diversidad de estilos de vida. El considerar acontecimientos estructurales, -crisis económicas o sociales derivadas de guerras o depresiones económicas-, la ruptura intelectual o tecnológica -edad atómica o nuevas formas de arte-, o bien transformaciones sociales -urbanización o el "baby boom"-, son factores que impactan a una sociedad y que definen rasgos distintivos compartidos por grupos determinados. Los términos "cauces generacionales" o "condicionante históricos" son usados por el autor para hacer referencia a la relación grupo-acontecimiento. (1976:60).

El impacto que ejercen acontecimientos de esta magnitud en la sociedad pueden variar entre grupos, instituciones e individuos. El impacto generacional puede ser

¹⁰Una cohorte está integrada por un grupo de personas nacidas en un período particular, que puede ser en un año determinado o en un período de cinco años o en cualquier otro intervalo de tiempo (Caín, 1976:61).

captado por los factores que persisten, pero simultáneamente se presentan factores cambiantes que pueden estar redefiniendo una nueva generación. Por esto mismo, es posible que un hijo no necesariamente se comporte igual a su padre. El autor distingue entre las necesidades de la institución, que buscan la permanencia de una norma, contra las necesidades de una generación, que puede luchar por transformarlas (Idem). Por su parte, Rider propone el análisis de cohorte tal y como surge en la demografía. Para él la expansión de la cohorte esta definida por acontecimientos estructurales. Si no hay cambios estructurales en varios períodos de tiempo la cohorte no se modifica (Rider, 1976, citado por Caín:61).

En esta misma línea analítica se encuentra la propuesta de Riley, quien plantea la estratificación de la sociedad en base a la edad. Para esta autora, la pertenencia del individuo a cierto estrato depende de su edad. Este factor opera como un elemento en donde la apariencia física está definiendo la permanencia en un estrato, además de ser un indicador del nivel físico, mental y de la funcionalidad social del individuo (1976: 23-29). El estrato de edad no es estático, debido a que estos son moldeados por períodos de la historia. Para Riley, una cohorte en sociedad es un agregado de gente que resulta de haber nacido al mismo tiempo, además de que comparten un pasado histórico y ambiental común. El término "centro de cohorte" es acuñado para describir que cada estrato es la expresión de una subcultura distintiva, en donde se entrecruzan variados panoramas de la sociedad, una mirada de características y de patrones sociales. En este contexto los grupos en edades jóvenes, medianas o envejecidas asumen actitudes variadas en su participación en el mercado de trabajo,

como consumidores, de acuerdo a su estatus marital, educativo, religioso y políticas (ibíd.25).

La movilidad social en el estrato por edad es algo que no escapa al individuo. Riley cree que el movimiento de un estrato de edad a otro esta sujeto al mismo tipo de personas y a esas tensiones que muchas veces acompañan a la movilidad de clase. En suma, esta teoría se concibe como una sucesión de cohortes o estratos de edad, en donde las cohortes sucesivas pueden variar en el tiempo. Por ejemplo la cohorte de retirados a principios de los setenta están orientados mucho más positivamente hacia el retiro que la cohorte de principios de los cincuenta (Riley, 1976, citado por Atcheley y Seltzer, 1976:3).

Un estudio que presenta evidencias empíricas utilizando el análisis de cohortes y su relación con los factores contextuales es el realizado por Mercedes Pedrero. El documento "Condiciones de trabajo en la vejez", utiliza los datos de la Encuesta Nacional de Empleo Urbano (ENEU) para estudiar a la población mexicana que en 1990 contaba con 60 años y más. Las condiciones de trabajo y la seguridad social disponible a la población envejecida en 1990, es analizada como el resultado de la supuesta contribución al trabajo que hicieron durante su juventud y madurez. La autora relaciona factores contextuales, tales como el crecimiento económico experimentado por la sociedad mexicana entre 1940 y 1965, y el desarrollo del sector productivo con la contribución que la fuerza de trabajo tuvo en este proceso. (1993:1-2). Pedrero señala que la población de 60 años y más que trabaja o trabajó y que aún sobrevive en 1990, debería en este momento, de estar" disfrutando de haber

contribución a lo largo de su vida productiva al famoso "milagro mexicano" ya sea como jubilado con una pensión de retiro digna, o trabajando por gusto con condiciones de trabajo elegidas" (1993:2).

Algunas de las limitaciones más evidentes de los enfoques teóricos mencionados son las siguientes:

Ambas teorías se derivan del funcionalismo estructural parsoniano y han sido criticadas enfatizando en las limitaciones propias de esta línea de pensamiento sociológico. El estructural funcionalismo tiende a ver la sociedad como un conjunto homogéneo de estructuras y funciones en el que todos los individuos experimentan de la misma manera el cambio social ya que comparten una serie de normas y valores. Otro rasgo del estructural funcionalismo es que tiende a restar importancia a la tensión y al conflicto entre los grupos sociales que integran una colectividad.

De manera particular, la teoría del descompromiso social ha sido criticada por no plantear el envejecimiento como un problema social e inducir la formulación de políticas públicas que reducen el fenómeno al ámbito individual y al asistencialismo, al partir del supuesto de que el envejecimiento lleva una carga de conflicto intergeneracional muy fuerte. Esta teoría descalifica la perspectiva de la integración de los viejos a la sociedad y no tiene capacidad para generar planteamientos teóricos y de política satisfactorios y adecuados para los viejos (Oddone, 1991:72).

Por su parte la teoría de la estratificación por edades ha sido criticada debido a que sobresimplifica la realidad al dejar de lado las grandes diferencias que existen dentro de cada cohorte, debido a que los individuos que las integran son parte, a su

vez, de distintas clase sociales, razas, géneros y grupos étnicos. El propio envejecimiento es vivido de manera distinta por hombres y mujeres, y por individuos pertenecientes a diferente grupos de ingreso (Novak, 1993:30). Esta teoría ofrece retos formidables para los análisis que buscan mayores niveles de concreción debido a que se apoya en rangos de edad volitivos para la definición de los estratos (Atchley y Seltzer; 1976:3). En realidad, muchas de las limitaciones de la teoría de la estratificación por edades son resultado de las restricciones mismas de los instrumentos conceptuales en que se apoyan, esto es, las que se derivan de la arbitrariedad e indefinición del análisis de cohortes.

2.2.3 Perspectiva Interpretativa

La perspectiva interpretativa se centra casi exclusivamente en el nivel micro, observa como la población crea el orden social a través de la definición de situaciones en donde los individuos se relacionan en su vida diaria. Los objetos y los eventos no se explican por si solos, la gente les da sentido a través en su interacción. Para poder entender un evento o una acción el investigador necesita entender el sentido que la población le da a dicha acción, lo cual se modifica de acuerdo al contexto histórico. Con esta perspectiva el individuo aparece como un creador del orden social y de la organización. La pregunta que responde la perspectiva interpretativa es cómo la gente crea su mundo social interactuando con los otros (Novak, 1993:26-27). Algunos ejemplos de estos esquemas analíticon son la teoría del intercambio y el curso de vida.

Algunos trabajos que en América Latina presentan evidencias empíricas sobre la teoría del intercambio es el trabajo de Tuirán y Wong, "Transferencias familiares en el envejecimiento", quienes proponen un esquema analítico en el ámbito familiar, en donde suponen existe una solidaridad generacional entre miembros, que facilita la transferencia de todo tipo de bienes y servicios intergeneracionalmente. El intercambio de apoyos o de favores entre miembros de la familia pueden ser: transferencias de espacio, tiempo y de recursos, esto es, de cohabitación de distintas generaciones, de prestación de servicios entre miembros y de aporte económico o en especie. (1993:2).

Existe toda una discusión sobre las características del intercambio intergeneracional en el ámbito familiar y social, en donde una corriente de la teoría del intercambio, establece que los intercambios tienen un carácter mercantil, mientras que otra vertiente estaría apoyando los hallazgos de Tuirán y Wong. En ésta última vertiente, Oddone habla por ejemplo, de una nueva teoría del intercambio, que según ella trasciende el ámbito familiar, debido a que incluye las redes de relaciones externas a la familia. En este punto considera importante incluir los intercambios que se generan entre vecinos y amigos (Oddone, 1990:79).

La teoría del intercambio se presenta como una importante contribución a los estudios de tipo socioeconómicos sobre el envejecimiento. Los principales expositores son Blau, Homans y Dowd (1992, citados por Novak:24), quienes vinculan la dependencia económica y no económica que establece la población envejecida con otros individuos. La dependencia será entonces, una manifestación de la pérdida de

poder de los viejos respecto a otros sectores sociales (Oddone, 1990:75). La dependencia y la incapacidad del individuo de intercambiar bienes materiales o no materiales con otros grupos sociales, o bien de que dichos intercambios se den en términos iguales, es resultado de que éstos demandan más de lo que pueden aportar, colocándose en una situación de desventaja. En el contexto de una sociedad orientada básicamente al trabajo, la jubilación o el retiro son considerados como pérdidas y no como conquistas sociales. El envejecimiento es visto entonces como un problema de disminución de recursos de poder, esto es de la incapacidad de generar dinero, servicios, conocimientos, además de una pérdida de posición social. El intercambio esta basado en el logro de la máxima recompensa al menor costo (ídem. 76-77).

Oddone propone una nueva concepción del intercambio entre los viejos y la sociedad, que trascienda el intercambio mercantil. Existe un intercambio intergeneracional, mediado por factores simbólicos, como el amor, el favor y la reciprocidad (1990:77). En la vida cotidiana los miembros de la unidad familiar generan redes de reciprocidad y ayuda mutua que se expresan en intercambios entre parientes, vecino y amigos en una búsqueda por la reproducción de los miembros. La protección a los padres envejecidos por parte de sus hijos, representa una forma de intercambio generacional, los cuales están respondiendo a la ayuda y protección que recibieron de éstos durante su crecimiento (1990:79-81).

En la misma perspectiva interpretativa podemos situar el curso de vida, el cual se concibe como un proceso en el tiempo más que como una sucesión de etapas claramente definidas, a través del cual es posible contemplar el desarrollo colectivo

e individual y los problemas que se derivan de su sincronización, por lo que se enfatiza en la necesidad de observar como convergen las trayectorias individuales en el ámbito social (Ojeda, 1988; Hareven, 1977). El curso de vida puede ser visto como un mapa que presenta distintos caminos, en diferentes etapas de la vida. Por ejemplo un estudiante de secundaria llega a un punto donde éste deberá elegir entre una carrera vocacional, comercial o preparatoria (Atchley y Seltzer, 1976:1).

El manejo del tiempo resulta un concepto clave para el desarrollo del curso de vida. Según Neugarten y Datan (1976), el curso de vida presenta una temporalidad en tres dimensiones: lo individual, lo social y lo histórico. En donde el tiempo individual surge como resultado de la edad cronológica, el tiempo social, esta referido a la relación edad-norma, esto es a un sistema de gradación de acuerdo a la edad, mientras que el tiempo histórico hace referencia a la transformaciones que a través de los años, las décadas y los siglos experimenta la sociedad.

Respecto a la gradación en base a la edad, ésta se presenta como el factor que gobierna el acceso de lo individual, al ámbito de lo normativo, esto es a la relación del individuo con el grupo, las instituciones, la cultura y su contexto histórico (Atchley y Seltzer, 1976:1). El sistema de gradación en base a la edad es la expresión de una serie de creencias acerca del significado de la edad en la funcionalidad social, por lo que se establece una edad-norma que define el actuar del individuo. Por ejemplo por medio de este sistema se define cual es el momento para que los niños asistan a la escuela y para que la población anciana se retire del ámbito laboral (ídem. 3). La sincronización espacial y temporal de lo individual, social e histórico, nos permite

identificar la riqueza analítica de este enfoque y nos muestra lo limitado que resulta abordar cualquier fenómeno desde una de estas dimensiones. Por ejemplo si centramos nuestro análisis en el individuo, esto es en la edad cronológica, este por sí sólo es un indicador muy pobre, que solo permite delinear algunos de los atributos del fenómeno, más no cómo se interrelacionan dichos atributos entre sí. Entender los patrones que rigen el tiempo individual y el tiempo social nos permite identificar que a partir de seguir el curso de vida de un individuo y sus distintos roles es posible comprender como se engarzan los ámbitos familiar, escolar y laboral. Respecto al tiempo social este designa la temporalidad de los eventos presentes en esta dimensión, por ejemplo dentro de la familia se define un período para el matrimonio, el nacimiento de los hijos, el abandono del hogar (Ojeda, 1988:34). Resulta importante resaltar que la sincronización de estos tiempos no está ausente de conflictos, debido a que en distintos momentos el tiempo social se impone al tiempo individual, como cuando en el ámbito laboral la adquisición de nuevas tecnologías obligan a una rama industrial a reemplazar su personal de menor calificación y de mayor edad por personal joven y con mayor calificación.

Respecto a la relación que se establece entre el tiempo social y el tiempo histórico, ésta se vincula con algunas condiciones sociales que son cambiantes en distintos contextos, por ejemplo puede constituir una violación a la norma de una determinada sociedad ejercer la maternidad antes del matrimonio y tal vez esto en otra sociedad no tenga relevancia. Por otra parte es importante señalar como algunos cambios históricos están impactando directamente la temporalidad institucional, como

sucedió con el incremento en las esperanzas de vida en edades avanzadas, que dilató las expectativas de vida de los individuos, lo que ha generado modificaciones a la dinámica familiar y las instituciones de seguridad social, debido a que por una parte ha ampliado la duración de la última etapa del ciclo de vida de la familia (nido vacío), permitiendo que la pareja conviva por un período de tiempo más prolongado. Por otra parte, las instituciones de seguridad social, han visto como se incrementa en términos absolutos el número de personas en edad avanzada, así como su período de sobrevivencia, generando con esto, que se incrementen los gastos de seguridad social, además de desequilibrar las finanzas de los sistemas previsionales.

Finalmente dentro del curso de vida individual John Clausen (1976) identifica una serie de elementos que condicionan las interacciones de los individuos: i) los recursos personales de que dispone el individuo - inteligencia, apariencia, fortaleza, salud, temperamento- ; ii) los factores que lo guían o apoyan para enfrentar su entorno; iii) las oportunidades disponibles o los obstáculos que encuentre, en donde la pertenencia a una clases sociales, etnia, edad, sexo, definen su situación social, aunado a los contactos personales, o la influencia de un acontecimiento social y ; iv) la inversión de esfuerzos para el logro de ciertas metas (1976:43).

Alguna de las limitaciones de la perspectiva interpretativa son las siguientes. Con la teoría del intercambio no es posible explicar cómo se modifican las políticas sociales orientadas a dar apoyo a la población envejecida, debido a que sólo le interesa identificar como se dan las relaciones de poder y de conflicto entre el grupo social. Se circunscribe normalmente a la explicación del fenómeno en un solo ámbito social -la

familia, el trabajo- , por lo que no conecta al fenómeno en su perspectiva más macro (Novak 27).

Respecto al curso de vida, se presenta como un serie de conceptos abstractos que ayudan a ensayar como entender el mecanismo a través del cual la sociedad utiliza la edad para situar a los individuos en ciertos contextos de la estructura social. Esta metodología concibe el fenómeno dinámicamente en tanto éste actúa sincronizadamente con una temporalidad histórica, social e individual (Atcheley y Seltzer, 1976:4).

III. Políticas sociales, seguridad social y familia

Como resultado de la profunda crisis económica que experimentó México, la década de los ochenta constituye un período de profundas transformaciones sociales, políticas y económicas. Lo anterior le significó a la economía nacional un retroceso sustancial en las condiciones de vida de la población como efecto de la sistemática disminución de los salarios reales de los trabajadores y el continuo crecimiento de las tasas de desempleo y subempleo. Este proceso fue el fermento de importantes tensiones sociales durante la segunda mitad de la década por el empobrecimiento relativo de las clases medias y la depauperación de la clase trabajadora.

Como un intento por responder a la crisis económica se observa el surgimiento de un Estado reformado, impulsor de políticas de corte neoliberal, que busca intervenir cada vez menos en el ámbito económico, y que paralelamente amplía los espacios de intervención del capital privado. El programa neoliberal establecido en México a partir de 1983 ha sido también producto de tendencias globales y ha buscado, por una parte, asegurar un posición al país en el sistema económico internacional y, por otra, reformar al Estado para que cumpla un nuevo papel como organizador de la sociedad. Ambos propósitos están íntimamente articulados y en su expresión extrema han conducido a la subordinación de la función social del Estado como garante del bienestar de la población a su función de generador de las condiciones necesarias para la acumulación del capital.

El propósito de esta sección será discutir los aspectos centrales de la nueva

política social del Estado neoliberal en México, especialmente la política de salud y de seguridad social. El argumento central de esta exposición es que las prioridades del Estado neoliberal en materia social agravarán las condiciones de vida de la población envejecida, la que tradicionalmente ha sido relegada a segundo plano por el aparato de seguridad social del Estado y que en el futuro próximo ocupará una posición aún más importante dentro de la población demandante de servicios de salud y bienestar social. La población envejecida en México representará más del 12 por ciento de la población del país para el año 2025 y conformará un grupo socialmente dependiente por encontrarse fuera del mercado de trabajo y por la disminución de ciertas capacidades sociales y físicas.

El desmantelamiento del Estado benefactor mediante la reorientación y reducción del gasto social y la tendencia por parte del Estado de transferir algunas de sus responsabilidades, sobre todo en materia de salud, educación y seguridad social, al ámbito de lo privado, parecen anticipar una problemática social que se muestra compleja, debido a que dichas transformaciones deberán ser afrontada por las familias en condiciones desventajosas y desiguales, si tomamos en consideración su situación de clases.

En este apartado discutiremos los ejes centrales de la política social derivadas del Estado benefactor y su tránsito a partir de la década de los ochenta a un modelo neoliberal. Posteriormente analizaremos como se expresan estos cambios en materia de salud y seguridad social, principalmente en lo relativo a los impactos en la disponibilidad y calidad de los servicios de salud y los sistemas de apoyo económico

y social de que disponen la población envejecida. Por otra parte se intentará establecer un vínculo entre las tendencias actuales del mercado laboral, orientadas hacia el trabajo no asalariado, con el incremento futuro de población desprotegida en materia de seguridad social. Finalmente describiremos como las políticas sociales manifiestan implícitamente un concepto de familia, el cual ha variado de acuerdo al contexto histórico referido. Las transformaciones que en el tiempo manifiesta esta relación es un reflejo de niveles de responsabilidad de una u otra institución respecto a la búsqueda del bienestar de los miembros del hogar.

3.1 Estado del Bienestar versus neoliberalismo.

Con el surgimiento del Estado benefactor después de la Segunda Guerra Mundial, observamos como un conjunto de funciones que antes eran competencia exclusiva de la familia -atención a niños, viejos, lisiados y enfermos-, se convirtieron en responsabilidad del Estado. Con esto se elimina el carácter individual de dichas funciones, socializandolas y otorgarles la categoría de derecho social (Golbert, 1991:27).

La filosofía que acompaña el surgimiento del Estado benefactor tiene su origen en las relaciones capitalistas de la posguerra, en donde las funciones del Estado trascienden la simple concepción de órgano de estabilidad política, para albergar el de regulador de la relación capital-trabajo. Así el Estado debería mediar no sólo con los conflictos propio del capital, sino además habría de intervenir en todo lo relativo al

conflicto entre grupos, estratos o clases sociales, (Farfán: 1988:17).

Para algunos teóricos, la relación del Estado con el capital-trabajo, nos muestran como éste ha desarrollado una función complementaria en el proceso de la reproducción de la fuerza de trabajo¹¹, debido a que cubre por medio de la seguridad social, algunas de las necesidades del trabajador y de su familia, que no alcanzan a ser satisfechas por el capital¹². Los beneficios que a través de la seguridad social otorga el Estado funcionan como salarios indirectos¹³ que son transferidos a los trabajadores en forma de prestaciones en especie o ingresos para cubrir sus necesidades de consumo básico, de salud, de previsión social, de educación y de vivienda, entre otros¹⁴.

Los servicios que se derivan de las instituciones de seguridad social o de beneficencia y asistencia pública resultan indispensables para la plena reproducción de la fuerza de trabajo, tanto para la empleada, como para la desempleada. La intervención del Estado en la reproducción de la fuerza de trabajo aparece entonces

¹¹ "La reproducción de la fuerza de trabajo...implica dos procesos combinados: a) la manutención del trabajador como tal, o sea la renovación diaria de su capacidad productiva a través de la satisfacción de sus necesidades de alimentación, vestido, salud y b) la reposición del trabajador cuando éste se retira de la fuerza de trabajo. Para que esta reposición sea posible, el trabajador necesita medios para criar a sus hijos y satisfacer sus necesidades materiales" (Singer, 1977:118 citado por García, Muñoz y Oliveira, 1982:15).

¹² El salario directo entregado al trabajador solo paga la fuerza de trabajo brindada durante la jornada laboral. Dicha retribución no considera la reproducción física y social de la familia del trabajador, ni sus periodos de desocupación o de enfermedad pasados y futuros (Meillassoux, 1978:144).

¹³ Es la fracción total o parcial del producto social necesario para el mantenimiento y la reproducción de la fuerza de trabajo. Se calcula de acuerdo al costo de mantenimiento y de reproducción de cada trabajador y de su situación familiar, número de hijos, días no laborados o de enfermedad. Los salarios indirectos son la fracción del producto social consagrada a la reproducción del trabajador y su familia, por lo que está considerado como un medio de consumo y no de inversión (Meillassoux: 1978:146).

¹⁴ Una parte de los salarios indirectos se transfieren al trabajador vía los patrones, a través de ofrecer prestaciones tales como, ropa de trabajo, capacitación y aguinaldos (Soria, 1988:174)..

como complementaria al proceso de reproducción¹⁵ y acumulación capitalista¹⁶ (Farfán, 1988:23).

En el capitalismo, el Estado de Bienestar contribuye en la reproducción de la fuerza de trabajo empleada o desempleada a través de los siguientes medios: a) por la inversión social derivadas de los impuestos y la creación de sistemas de seguridad social; b) regulando los precios de los bienes que consume; c) subsidiando bienes y servicios; d) otorgando bienes de consumo a la población. Por otra parte, mantiene a la población desempleada debido a que permite la transferencia de recursos de los ocupados a los no ocupados por medio del pago de pensiones y otros beneficios derivados de la seguridad social, además de que estimula esquemas de previsión de tipo individual y ocupacional (Farfán, 25).

De acuerdo a criterios de amplitud y cobertura de bienestar social y grado de intervención estatal, Esping-Andersen identifica tres regímenes de bienestar en los países capitalistas desarrollados: el socialdemócrata, el conservador-corporativo y el liberal. El primero que agrupan los países escandinavos, presenta un régimen de supresión casi total del mercado, además de ser el único que cuenta con una cobertura casi universal en sus niveles de seguridad social; el segundo, al cual

¹⁵ Es necesario que se satisfagan varias condiciones para que se de el proceso de reproducción capitalista: a) el sistema legal debe reconocer el derecho a la propiedad privada; b) debe existir una oferta de trabajadores asalariados; c) los capitalistas deben poder generar beneficios en la producción; d) los procesos de producción y distribución son regulados a través del mercado; e) es necesario el dinero como medio de cambio; f) la familia y el Estado deben realizar funciones de apoyo básico que faciliten el acceso al trabajo asalariado. Al mismo tiempo el desarrollo del capitalismo ha estado regido por cinco tendencias tales como: i) intenta expandir continuamente los límites geográficos de sus mercados y en transformar más ámbitos de la vida social en actividades que generan beneficio; ii) a través de incrementar el tamaño de las grandes empresas y concentrar el control y la propiedad del capital en el menor número de individuos; iii) busca la extensión del trabajo asalariado como el sistema predominante de producción; iv) modifica el proceso de trabajo continuamente a través de la introducción de tecnologías y maquinaria (Gordon, Edwards, Reich, 1986:36-38).

¹⁶ "El proceso de acumulación capitalista es la actividad microeconómica de generación de beneficios y reinversión. Los capitalistas (o las empresas) llevan a cabo esta actividad por medio del empleo de fuerza de trabajo específicas en un entorno institucional dado" (Gordon, Edwards Reich, 1986:43).

pertenecen Alemania e Italia, a pesar de otorgar derechos sociales a la población, sus políticas fomentan la diferenciación social y tienen efectos redistributivos escasos y; finalmente el liberal que se rigen totalmente por la lógica del mercado y donde Estado Unidos e Inglaterra son los más representativos (Esping-Andersen, 1990 citado por Laurell, 1992:128).

Las políticas sociales aparecen entonces, como el conjunto de acciones institucionales responsables de regular los niveles de bienestar y seguridad social de la población. En América Latina éstas políticas son el sustrato que fundamenta el Estado benefactor, debido a los derechos sociales que legalmente otorga a sus ciudadanos (Laurell, 1992:132).

Respecto a la orientación y el contenido de las políticas sociales que prevalecen en América Latina, éstas podrían apearse más a las características del sistema de bienestar socialdemócrata, debido al carácter universal de los derechos sociales de que dispone la población, pero como enfatiza Laurell, en algunos países de esta región el Estado benefactor se manifiesta como "restringido" o "incompleto", por lo limitado de los sistema de seguridad social, los cuales presentan problemas de cobertura, sus servicios son inequitativos entre regiones y grupos sociales, además de no otorgar protección económica a los trabajadores en caso de desempleo (1992:132-133).

El proceso de industrialización y urbanización que experimenta México en la década de los cuarenta, aunado al surgimiento de los grandes organizaciones obreras

y campesinas¹⁷, son los factores que proporcionan al Estado los recursos necesarios para impulsar el desarrollo de las instituciones de seguridad social (Skocpo y Amenta, 1986:145). Es dentro de este contexto que se consolida como Estado benefactor y en donde su vínculo con el capital-trabajo, lo lleva a tener un papel determinante en el proceso de reproducción de la fuerza de trabajo (Soria, 1988:175).

En México el desarrollo de la seguridad social ha estado fuertemente vinculada al sector salud, por lo que las instituciones que se agrupan en este sector son responsables de proteger a la población del riesgo contra las enfermedades (Soria, 174), además de cubrir los servicios de maternidad, guardería, invalidez, vejez, cesantía en edad avanzada, muerte y accidentes de trabajo.

La crisis financiera que atraviesa el país en la década de los ochenta, llevó a la adopción por parte del Estado de políticas de corte neoliberal que tuvieron fuertes repercusiones en el campo de la seguridad y el bienestar social (López, 1992; Laurell, 1992; Soria, 1988).

El neoliberalismo como propuesta política nace en el contexto de la crítica al Estado del Bienestar y a las supuestas contradicciones que lo caracterizan. En donde por una parte participa en el proceso de regulación del mercado, debiendo mediar entre las relaciones capital-trabajo, mientras que por otra se desempeña como productor de mercancías (Keane: 1990:20).

Estas funciones contradictorias explican por qué son tan pocas las áreas ajenas

¹⁷Tanto el desarrollo como la expansión o el mejoramiento de la seguridad social por parte del Estado ha estado fuertemente vinculado al desarrollo de la clase trabajadora, en donde ha sido determinante la presión de este sector en el otorgamiento de este beneficio por parte del Estado (Soria, 1988:175).

a la vida política y administrativa del Estado. La intromisión de políticas de regulación del mercado erosionan y amenazan los procesos de producción e intercambio, debido a que el Estado de Bienestar trata de mantener el dominio económico del capital, además de desafiar y erosionar su poder (Keane, 1990:22).

La eficacia y legitimidad del Estado del Bienestar se cuestiona sistemáticamente debido entre otros factores a los problema fiscales, el fracaso como planificador y la falta de lealtad a la población. El intento por administrar los recursos económicos y de socialización se han convertido en empresas demasiado costosas, además de producir un efecto adictivo entre los diversos grupos de poder los cuales suponen que el Estado debe asegurarles contra todos los riesgos posibles, necesidades y fracasos. Asimismo se cuestiona la incapacidad del Estado de administrar sus recursos debido a que persistentemente su gasto público tiende a desbordar sus ingresos. Su eficacia y legitimidad como planificador se ve cuestionada por un exceso de fracasos, por los resultados no planificados y la continua revocación de planes, los cuales se muestran altamente vulnerables a las fuerzas sociales y políticas, en donde las disputas por salarios o la oposición de los movimientos sociales a las decisiones estatales tienden a estorbar las acciones planificadoras del Estado. Finalmente se observa un proceso de resquebrajamiento de la lealtad de la población ante el poder administrativo y político debido a que éste asume responsabilidad económicas y sociales que van más allá de su capacidad, provocando con ésto frustración en la población cuando no ven satisfechas sus demandas, lo anterior cuestiona la función del Estado como órgano de intervención política al convertirse en víctima de sus propias "falsas promesas"

(Keane, 1990:25-31).

La política económica que surge a la sombra del neoliberalismo responsabiliza al Estado benefactor de la crisis económica por la que atraviesa América Latina en los ochenta. Se propone la implementación de un paquete de medidas de política económicas que contribuyan a salir de la crisis y la recesión. Sobre este punto Valenzuela Feijóo señala que dichas medidas considerar entre otras cosas: i) una reducción del gasto y del déficit público; ii) congelamiento de los salarios nominales y el descenso del salario real¹⁸; iii) liberación de precios (1992:9).

La filosofía que acompaña el neoliberalismo sostiene que el mercado es el mejor mecanismo de asignación de los recursos económicos debido a que asegura su utilización plena y eficiente, asegurando además el crecimiento más rápido de la producción (Valenzuela, 1992:10). En este marco todos los procesos que obstaculizan, controlan, suprimen la libre fuerza del mercado tendrán efectos negativos sobre el conjunto de la sociedad.

Todas las acciones que justificaron la intervención del Estado en la economía, como proveedor de seguridad y bienestar social son cuestionados por este nuevo esquema de política económica, que pretende limitar las responsabilizar del Estado a la prestación de servicios mínimos a los sectores más empobrecidos. Con este nuevo esquema se propone mercantilizar los bienes sociales, esto es, transferir lo más posible al ámbito de lo privado la producción y administración de los satisfactores sociales, dejando que estos se regulen por la lógica del mercado (Laurell, 1992:128).

¹⁸Representa la cantidad de bienes y servicios que pueden ser adquiridos por un salario, es decir, representa los salarios nominales descontada la inflación.

Mientras que por otra parte se busca que la prestación de estos servicios retornen a sus "fuentes naturales": la familia y la comunidad (1992:135).

Un último factor vinculado al surgimiento del Estado neoliberal, esta relacionado con lo que algunos autores identifican como el surgimiento de un nuevo patrón de acumulación de capital¹⁹, y a la imposibilidad del Estado del Bienestar de garantizar con la estructura político-administrativa actual los niveles de ganancia que el capital demanda.

3.2 El Desmantelamiento del Estado benefactor y la crisis de los sistemas de seguridad social.

Como una respuesta a la crisis económica, a partir de 1983 el gobierno mexicano inicia en forma persistente una política neoliberal cuyas estrategias estuvieron basadas en la reducción del gasto público, la reorientación de la acción social hacia la población en condiciones de extrema pobreza, la privatización y la descentralización (Laurell, 1991).

Las repercusiones que en materia de salud y seguridad social están teniendo dichas acciones, han implicado un retroceso en la distribución de algunos de los servicios prestados, lo cual está contribuyendo a incrementar la inequidad social y los

¹⁹Se observa que de acuerdo al periodo histórico y al contexto social existen patrones de acumulación diferenciados. Cuando existe estancamiento de una economía, se observa un proceso de descomposición de la estructura social de acumulación, esto es del conjunto de instituciones sociales, políticas, culturales, legales y de mercado, dificultando con esto el proceso de recuperación. Cuando prevalece un ambiente de esta naturaleza, es posible que los capitalistas no se comprometan a invertir productivamente hasta que surga un entorno libre de riesgos, por lo que la solución a la crisis o a la inestabilidad económica depende de la reconstrucción de la estructura social de acumulación (Gordon, Edwards, Reich, 1986: 49). Las política económica neoliberal integra al conjunto de acciones que impone el Estado para crear una nueva estructura social de acumulación que permita a los capitalistas restablecer su tasas de beneficio.

niveles de pobreza²⁰. Por otra parte, se observa la existencia de algunas contradicciones, ya que paralelamente a que la salud adquiere el rango de derecho constitucional²¹, se inicia una serie de recortes presupuestales en el conjunto de las instituciones públicas de salud²².

En México el Sistema Nacional de Salud esta formado por tres subsistemas, dos de los cuales son de carácter público siendo financiados parcial o totalmente con recursos del Estado, mientras que el otro subsistema depende económicamente del sector privado.

Un subsistema público está integrado por servicios de atención asistencial, tales como los servicios coordinados de salud pública en los estados y los organismos estatales descentralizados, los cuales se dirigen a "población abierta", esto es a sectores de bajos recursos económicos que no pertenecen a otro esquema de seguridad social. Estos servicios son utilizados mayoritariamente por población empleada en el sector informal, desempleados y población rural. El otro subsistema público de salud es el que concentra a la totalidad de las instituciones de seguridad social. Las finanzas de estas instituciones dependen de las aportaciones de los trabajadores, los patrones y el Estado. Estos centros se orientan a cubrir las demandas de seguridad social de la fuerza de trabajo de la industria, el comercio, los

²⁰ Según datos de Naciones Unidas durante la década de los ochenta se ampliaron los niveles de pobreza en el país, debido a que de 85 millones de habitantes cerca de la mitad viven en condiciones de pobreza y de 17 a 20 millones podrían ser clasificados de extrema pobreza (Laurell, 1991:458)

²¹ Según reformas al Artículo 4o. constitucional aparecida en el Diario Oficial del 3 de febrero de 1983, se determina que " toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud..."

²² Al final de los ochenta la inversión pública en salud se había reducido en 27 por ciento respecto a 1981 (Laurell, 1991:461).

servicios formales y el sector público. Las instituciones de seguridad social más representativas, por sus niveles de cobertura, son el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y los Institutos de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). Finalmente respecto al subsistema privado de salud, aunque no se cuenta con información sobre su cobertura real, se sabe que los costos de operación de éste, son elevados y que este tipo de servicios son demandados por lo sectores sociales medios y altos (Laurell, 1991:464; Rodríguez, 1993:303).

Existe un desbalance entre la distribución de los recursos públicos y los subsistemas de salud, en el sentido de que mientras los subsistemas orientados a "población abierta" atienden al 29 por ciento de la población mexicana, con el 27 por ciento del presupuesto total en salud, los subsistemas responsables de prestar atención a población asalariada cubren a cerca del 51 por ciento de la población total con el 63 por ciento del presupuesto público de salud (Laurell, 1991:464). El desbalance refleja en gran medida la presión que ejerce el sector laboral para la asignación de los recursos por parte del Estado, mientras que el subsistemas de salud orientado a población abierta carece de fuerza social de presión.

También hay importantes problemas de cobertura en la prestación de los servicios de salud que ofrece el sector público. Por ejemplo se sabe que los servicios de salud son insuficientes para satisfacer las demandas de atención²³, además de

²³ La secretaría de Salud reconoció que cerca del 20 por ciento de la llamada "población abierta" no tienen acceso a ningún servicio de salud (Laurell, 1991:464)

existir diferencias regionales en la prestación de servicios²⁴ por la concentración que se hace de los centros hospitalarios en las zonas más densamente pobladas y urbanizadas (Rodríguez, 1993:303).

La crisis económica por la que atraviesa el país a principio de los ochenta agudizó las deficiencias de los servicios de salud de los subsistemas públicos. Aunado a los problemas de cobertura y diferencias regionales en la prestación de servicios de salud, la institución pública de salud más importante, el IMSS, debió ampliar su cobertura de atención, sin que esto significara un incremento en el presupuesto erogado por el Estado²⁵.

El déficit en la cobertura y la desigualdad en la prestación de servicios de salud parecen ser los factores que mejor caracterizan los subsistemas de salud pública en el país, debido a que se privilegia a ciertos grupos sociales en su vínculo a la seguridad social, impidiendo el acceso a otros grupos a dichos servicios. Asimismo se fomenta la calidad diferenciada y se asignan y distribuyen inequitativamente los recursos regionalmente (Frenk, Infante, Lozano, 1993:276; Laurell, 1991; Rodríguez, 1993; Soria, 1988).

Si comparamos cómo se producen los servicios de salud entre los subsistemas público y privado la diferencias entre los mismos se polariza. Al respecto tal solo hay

²⁴ Soria nos dice que en 1978 la suma de los seis estados con mayor cobertura, esto es Nuevo León, Estado de México, Baja California Sur, Sonora, Yucatan y Coahuila más el Distrito Federal concentraban el 42.6% de la capacidad de atención nacional, contra el 30.8% de la población total de que disponen, mientras que por otra parte los estados de Chiapas, Oaxaca, Guerrero, Zacatecas y Tabasco, los cuales concentraban el 13.1 por ciento de la población total, eran los estados de menor cobertura en los servicios de salud con el 6.9 por ciento (1988:192-193).

²⁵ Mientras la población creció 20 por ciento de 1982 a 1989 la demanda en prestación de servicios al IMSS se incremento en 35 por ciento, situación que no significó un incremento en el presupuesto del gasto público en salud, generando un descenso de la inversión per cápita en salud de hasta 46 por ciento (Laurell, 1991:464).

que observar que en 1988 el subsistema privado de salud produjo el 55 por ciento del producto nacional de los servicios de salud²⁶, cifra que resulta desproporcionada si se considera que el sector privado tiene una cobertura poblacional mínima (Laurell, 1991; Soria, 1988).

La influencia de las políticas neoliberales sobre los subsistemas públicos de salud se ha dejado sentir a raíz de los cambios que reorientan el gasto público en salud a la atención de población en extrema pobreza, lo que está significando la transferencia de recursos de los subsistemas de salud que atienden al sector trabajador hacia los orientados a población abierta (Laurell, 1991:462). Tal es el caso del IMSS, el cual debe afrontar con menores recursos, la atención de una población creciente, lo que repercute no solo en la calidad de los servicios prestados a sus derechohabientes, sino también en el ánimo de los prestadores de los servicios de salud.

La declinación en la calidad de los servicios públicos de salud esta generando que algunos patrones y organizaciones sindicales recurran a la subcontratación de algunos servicios del subsistema privado de salud, tales como seguros de gastos médicos mayores o pensiones por vejez, lo cual facilita la canalización de recursos económicos hacia el sector privado y por lo tanto contribuye a su fortalecimiento.

²⁶ Sobre este punto Soria señala que durante la década de los setenta el sector privado avanzó más que el público en términos del valor de los servicios producidos. Por ejemplo la participación del sector privado dentro del producto interno bruto (PIB) se dobló de 1970 a 1983 pasando de 0.86 por ciento a 1.58 por ciento, contra el sector público que incremento su participación en ese período de 1.11 por ciento a 1.56 por ciento, bajando la proporción de los servicios prestados respecto al privado del 56 al 49 por ciento (1988:193). El mismo gasto público en salud llegó dentro del PIB al 1.4 por ciento en 1990. Estos descensos alejaron aún más al sector público del nivel de gasto nacional en salud recomendado por la Organización Mundial de la Salud de 5 por ciento respecto al PIB (Laurell, 1991:461-462).

3.3 Envejecimiento, salud y seguridad social.

Conocer las condiciones actuales de las instituciones responsables de proveer salud y seguridad social a la población envejecida permite identificar cuál es la disponibilidad y la calidad de los servicios de salud en el país y cuál es el nivel de adaptabilidad de los mismos a la demanda de servicios especializados, así como cuáles son los apoyos económicos y sociales de que dispondrá esta población durante esta fase de la vida.

El balance sobre los subsistemas de salud y la seguridad social debería permitirnos conocer cuál es el nivel de población envejecida cubierta por estos y el tipo de protección y de apoyo de que dispondrán en el futuro. Lo anterior bajo el entendido de que las generaciones que rebasan ahora los 60 años son herederas de un conjunto de beneficios y prerrogativas sociales y económicas que fueron impulsadas por el Estado del Bienestar²⁷. Cuando se comparan los ámbitos de protección social prevaleciente antes de los años setenta, resultado de las políticas sociales explícitas y cuando observamos las tendencias de éstas últimas en el contexto actual de la seguridad social, podemos anticipar para las generaciones por envejecer un ambiente de beneficios y protección social poco halagador.

²⁷ La época del "milagro mexicano" se ubica de 1940 a 1965 y es denominada de esta manera debido al crecimiento tan elevado del PIB cuya tasa promedio fue superior al 6 por ciento. Según Pedrero los trabajadores que hicieron posible este "milagro" fueron los jóvenes y maduros de dicha época, los cuales en la década de los noventa deberían estar gozando de los beneficios de su contribución a la economía (1993:2).

a) Los sistemas de salud.

El análisis de los sistemas de salud y la atención que brindan a la población envejecida resulta ser un asunto complejo. Resulta claro que un estudio de esta naturaleza demanda la existencia de información desagregada por grupos de edad que nos permita comparar en el tiempo y el espacio las particularidades de la calidad y el tipo de atención que ofrecen las instituciones de salud, así como los servicios que demanda la población envejecida. El principal problema que enfrenta un estudio de este tipo es la incompatibilidad de la información que se genera en los subsistemas públicos de salud, debido a que sus estadísticas atienden fundamentalmente a las características de su capacidad instalada, la cual puede estar orientada a la atención de mujeres en edad reproductiva o bien a la atención pediátrica o mixta (Pichardo, 1993:2).

Una referencia obligada para cualquier estudio sobre los sistemas de salud y la población envejecida es la que nos transmiten los países desarrollados. Estos países al contar con porcentajes elevados de población envejecida, nos muestra la influencia que ejerce el fenómeno sobre los gastos en salud²⁸, situación que es resultado del incremento en la demanda de servicios médicos y hospitalarios²⁹. La frecuencia de la enfermedad, su "severidad", así como la complejidad del tratamiento requerido,

²⁸ Por ejemplo en Canadá los costos del plan de asistencia de la población envejecida fue el triple del costo respecto a la población joven (Novak, 1993:92).

²⁹ En México a pesar de no existir información sobre la utilización de los servicios de salud por parte de esta población, sin embargo información sobre un hospital de tercer nivel de la ciudad de México, El Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubiran", muestran como el 28 por ciento de las camas están ocupadas por personas de más de 60 años, en donde su tiempo de estancia hospitalaria es "significativamente" mayor que la de los adultos jóvenes (Gutiérrez, 1993:3).

están estrechamente relacionados con el aumento de la edad³⁰, por lo que los gastos médicos de las personas de edad avanzada representan más del doble de los gastos de los más jóvenes y esta proporción va aumentando con la edad (Golbert, 1991:38).

La definición de salud esta referida al completo bienestar físico, psíquicos y social. Esta definición implica analizar la salud no solo como resultado de factores individuales y por tanto heterogéneos, sino como un proceso social, en donde las condiciones de vida de una población están mediadas por el tipo de relaciones sociales existentes. Las condiciones de salud de la población dependen de la relación que establecen los grupos sociales con su entorno, es decir esta determinado entre otras situaciones, por la cantidad y la calidad del trabajo que desempeña, los ingresos que percibe, las características de su vivienda y la disponibilidad o no de servicios públicos. La existencia de oportunidades diferenciadas en la sociedad mexicana ha generado que algunos sectores o grupo no dispongan de los recursos materiales suficientes para su plena reproducción física y social. La desigualdad social permea el conjunto de las relaciones sociales, las cuales se expresan no solo a través de diferencias entre clases o estratos sociales, sino también se hace extensiva a la edad, el sexo, la raza y la etnia.

A pesar del espíritu que acompaña a las instituciones públicas de salud, que es el de brindar atención al conjunto de la sociedad mexicana, el logro de este objetivo en términos prácticos presenta limitaciones debido a que los requisitos de

³⁰El factor edad adquiere relevancia cuando se combina con las condiciones de salud, especialmente cuando hablamos de la población en edades avanzadas. Al respecto se observa que la probabilidad de padecer enfermedades en la población de 65 años y más se multiplica por treinta y uno respecto a la población infantil (Domínguez, 1992:80).

disponibilidad y acceso a los servicios es inequitativo. La existencia de diferencias en el acceso, la cantidad y calidad de la atención en salud es un factor que contribuye a la desigualdad social y que repercute naturalmente en las condiciones de vida de la población (Rodríguez, 1993:300). Las premisas anteriores nos permite realizar algunas consideraciones sobre cuál podría ser la evolución de los servicios públicos de salud en el país y cuáles serán las repercusiones sobre la población envejecida. El contexto social nos muestra que por un lado existe una reducción en la inversión pública en salud y seguridad social, mientras que por otro la población envejecida se incrementa en términos absolutos³¹ y relativos, lo cual implicará que aumente la demanda de servicios de salud especializados³². Este marco ubica a las instituciones de salud ante el problema de ampliar y diversificar sus servicios en un contexto de recursos económicos limitados.

El recorte presupuestal aunado a la ampliación en la cobertura del servicios públicos de salud, plantean un futuro de escasez en el sector, que exige hacer un uso racional de los recursos disponibles a fin de poder garantizar a la población en general y a los individuos en edad avanzada en particular, condiciones de salud adecuadas que les permita vivir con mayor plenitud su vejez.

Aunado a la problemática que envuelve la dinámica económico-administrativo, faltaría por identificar la existencia de rezagos en materia de planeación para la salud

³¹Según datos de la Celade en 1990 la población de 60 años y más era de poco menos de 5 millones de habitantes, cifra que se acercaba a la población total del Estado de Jalisco, el cual era la cuarta entidad más poblada del país.

³²La disponibilidad de servicios de atención especializada en la República Mexicana son escasos y de alto costo, lo cual se debe a la falta de recursos humanos y materiales. Los problemas resultan ser aún mayores cuando se observa la disponibilidad de servicios para atender enfermedades agudas y/o crónicas que se presentan como propias de la población envejecida (Pícharo, 1993:2).

y en la implementación de esquemas de atención sanitaria que podrían repercutir sobre el tipo de atención que demanda la población envejecida.

Por ejemplo, el diseño de planes y programas de corto, mediano y largo plazo debería ser ahora una realidad debido a la demanda futura de servicios por parte de la población envejecida. Se observa que dicha planeación debe darse en el marco del desarrollo de un conjunto de acciones preventivas y de educación para la salud.

La prevención y la educación para la salud se presenta entonces como la única opción para garantizar mejores niveles de salud a la población en edad avanzada, esto en un marco en donde el aumento en la esperanza de vida ha sido significativamente mayor que el incremento en la esperanza de vida en salud o que el incremento en la esperanza de vida libre de invalidez (Gutiérrez: 1993:4). El mejoramiento en las condiciones de vida de la población se presenta como el principal factor que permitió ampliar las expectativas de vida de la población, pero las condiciones de vida se presenta de manera diferenciada entre los distintos estratos o clases sociales, lo que lleva a que se manifiesten desiguales niveles en la calidad de vida entre estratos sociales, generando que las enfermedades se presenten en algunos grupos a edades más tempranas y en otros a edades avanzadas, permitiendo que el envejecimiento sea vivido de manera diferenciada³³.

Los estudios sobre la existencia de diferencias en las esperanzas de vida a edades avanzadas, así como las esperanzas de vida en salud entre regiones y grupos sociales es un factor que falta por explorar y que debe ser considerando dentro de la

³³ El envejecimiento diferencial es resultado de la exposición diferenciada a las variables ambientales, sociales y genéticas que conducen a una expresión individual del envejecimiento (Gutiérrez, 1993:5).

problemática de la población envejecida, sobre todo, porque estos factores nos permitirán acercarnos al peso determinante que el entorno social tienen sobre los factores individuales, así como también a considerar el papel que las instituciones de salud desempeñan como las responsables de proveer apoyo médico y social a la población envejecida y sus familias.

En condiciones de crisis la familia se presenta como la instancia más adecuada de apoyo de la población envejecida en razón de ser el ámbito de interacción más directa de los viejos, los cuales al carecer de transferencias económicas o de servicios por parte de las instituciones de seguridad social deberán refugiarse en las redes de relaciones más cercana para hacer frente a su reproducción cotidiana.

Bastaría por señalar que la racionalidad que ha acompañado los programas de salud en el país han perpetuado esquemas de atención médica paternalistas y asistenciales, en donde las acciones curativas se sobreponen a las preventivas³⁴, lo cual en lugar de favorecer el mejoramiento en los niveles de salud de la población, han perpetuado esquemas de atención hospitalaria carentes de información en salud³⁵, lo que no permite que la población intervenga de manera activa sobre sus hábitos de consumo y de vida, situación que les permitiría sobrellevar en mejores condiciones las deficiencias que presentan los servicios de salud pública.

³⁴ Existe una lucha política entre esquemas de atención sanitaria distintos, en donde por una parte se encuentran los programas preventivos dirigidos primordialmente a la reducción de riesgos primarios para la salud, contra los esquemas que buscan prolongar la existencia y que son dependientes de una alta tecnología. El desarrollo de programas de política sanitaria integral deben contemplar el desarrollo de acciones que integren ambos esquemas debido a la interdependencia y complementariedad que presentan (Gutiérrez, 1993:8)

³⁵ Los cuidados de salud aparece como un campo de ingerencia exclusiva para personal médicos, esta filosofía aparece como predominante en la atención hospitalaria, lo cual impide la socialización de la información en salud que podría estar contribuyendo a la prevención de ciertas enfermedades, con los consabidos ahorros para pacientes e instituciones de salud.

Respecto a los esfuerzos preventivos sobre las enfermedades más comunes de la población envejecida se observa que se han alcanzado efectos positivos sobre las enfermedades fatales, respecto a las no fatales³⁶. Esto es, se ha logrado posponer el período de manifestación de las enfermedades que verdaderamente son la causa de muerte de la población envejecida³⁷, situación que no ha sido igual de exitosa para retardar la aparición de enfermedades no fatales, crónicas o incapacitantes, tales como la diabetes, la artritis, la demencia, el deterioro de la memoria, las fracturas y la depresión, entre otras. Ante la ganancia que se está logrando en las esperanzas de vida, se incrementa la proporción de personas expuestas a riesgos de padecer enfermedades incapacitantes, lo anterior como resultado de que las acciones preventivas están más orientadas a posponer la mortalidad que la morbilidad.

Para Gutiérrez los desfases que existen entre las esperanzas de vida y las esperanzas de vida en salud permiten predecir el desarrollo de una futura epidemia de enfermedades crónicas e incapacitantes entre la población envejecida debido a la imposibilidad de prevenirlas totalmente, ni aún con el mejoramiento en estilos de vida y los avances en tecnología médica. Propone que una política sanitaria prudente para el país en este momento sería planear considerando el incremento en la demanda de servicios que requieren cuidados prolongados y servicios de rehabilitación, lo que implica además contar con personal profesional suficiente y altamente calificado

³⁶ Las enfermedades fatales son la que irremediamente conducen a la muerte, mientras que las no fatales causan morbilidad y deterioro funcional (Gutiérrez, 1993:11).

³⁷ Una porción significativa de las tasas de mortalidad desde 1960 han descendido como resultado de posponer el padecimiento de enfermedades cardiovasculares, cancer y cerebro-vasculares, lo anterior debido a que alrededor del 75 por ciento de las muertes de la población mayor de 60 años se deben a estas causas (Gutiérrez, 1993:11).

(1993:13).

Finalmente resulta relevante recuperar lo que algunos estudiosos de la salud sugieren como fundamento para los subsistemas públicos de salud, los cuales debería planificar sus servicios atendiendo a tres factores: i) que exista equidad en los servicios de salud, lo que significa dar más servicios a quien más lo necesita, eliminando la búsqueda del "promedio de necesidades de salud". Lo anterior implica identificar la distribución, monto y tipo de necesidades de los diferentes grupos sociales de acuerdo a sus condiciones de clase social, sexo, edad, raza y etnia; ii) equidad en la accesibilidad a los servicios de salud, lo que implica un conjunto de estrategias de los servicios de salud para que estos se ajusten al máximo a las características de la población, de acuerdo a que aquellos que tengan las mismas necesidades también tengan la misma igualdad de oportunidad de recibir atención y; iii) equidad en la calidad de la atención, en donde todo individuo debe recibir la misma calidad de atención independientemente de sus características socio-económicas (Frenk, Infante y Lozano, 1993:274-275).

b) El sistema previsional

La Ley del Seguro Social mexicana es el principal reglamento donde se condensa el derecho a la seguridad social, la cual establece como finalidad el garantizar el derecho social a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual

y colectivo, además de establecerse como un servicio público de carácter nacional.

La seguridad social presenta un régimen obligatorio y voluntario que cubre a los asegurados con pensiones y servicios médicos en caso de riesgos de trabajo; enfermedad y maternidad; invalidez, vejez, cesantía en edad avanzada y muerte; guarderías para hijos de aseguradas y retiro.

La fuente de los recursos de que dispone la seguridad social para cubrir las prestaciones y los gastos administrativos, se encuentran definidos en el artículo 176 de la Ley del Seguro Social, en donde se establece que los seguros de invalidez, vejez, de cesantía en edad avanzada y muerte se obtendrán de las cuotas que están obligados a cubrir patrones, trabajadores y Estado.

La política previsional que consigna el otorgamiento de pensiones a la población envejecida resulta ser el aspecto más relevante de la seguridad social, debido que al abandono del empleo por retiro, invalidez, vejez y cesantía en edad avanzada, éste contaría con recursos económicos que contribuirían en su reproducción cotidiana, o bien en el otro extremo, en el caso de la muerte del asegurado dicha pensión se otorgaría a su viuda para su sostenimiento. El otorgamiento de pensiones aparece entonces como una retribución al trabajo realizado en el pasado y por la cual el trabajador debió realizar aportaciones económicas, además de laborar determinada cantidad de semanas, que lo hacen merecedor de una pensión.

El otorgamiento de las prestaciones del seguro por invalidez, vejez, cesantía en edad avanzada y muerte depende de que el beneficiario haya cotizado cierta cantidad de semanas, al menos 500, y de que éstos cumplan con algunos requisitos de edad.

Por ejemplo las prestaciones por invalidez depende de que la institución aseguradora avale que se trata de una incapacidad temporal o definitiva, en el caso de las prestaciones del seguro por vejez es necesario que el asegurado cuente con 65 años, mientras que el seguro por edad avanzada se otorga siempre y cuando el asegurado quede privado de trabajo remunerado y cuente con 60 años de edad. Las prestaciones por muerte del asegurado se otorgan a su viuda, o en caso de tratarse de la muerte de la asegurada, el viudo tendrá derecho a reclamar el otorgamiento de prestaciones solo si se encuentra incapacitado para trabajar.

En México La seguridad social no es administrada por una sola institución, sino existen cuatro modalidades previsionales, éstas son: i) El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS); ii) planes privados complementarios al IMSS; iii) los institutos de seguridad social para el sector gubernamental y; iv) las empresas paraestatales (Ham, 1993:4). No obstante, el otorgamiento de las pensiones se caracterizan por contar con políticas redistributivas escasas y diferenciadas y por cubrir solo a la población inserta en el sector económico asalariado (Ham, 1993:4; Laurell, 1992:129).

El cuadro 3.1 ilustra las diferencias que en materia de seguridad social existen entre asalariados y no asalariados. Primero nos muestra como dentro de la población económicamente activa el 47 por ciento de dicha población no cuenta con seguridad social, situación que es resultado de la desigualdad de acceso a los servicios de salud que privilegia básicamente a los asalariados.

Respecto a la situación que manifiesta la población envejecida solamente el 18

por ciento dispone del beneficio de una pensión, lo que no implica necesariamente que solo esa proporción cuenta con servicios de salud³⁸. A pesar de esto, el dato resulta muy revelador de cuál es la situación económica y social de la población envejecida en el país, sobre todo en un contexto en el que la población que cuenta ahora con 60 años y más es resultado del Estado benefactor, esto es, del período en el que la población envejecida contribuyó de manera importante en el desarrollo económico y social del país, situación que debería ahora permitirle disfrutar del tiempo libre, gracias a lo acumulado durante su vida productiva.

Cuadro 3.1 Población total por condición de actividad, cobertura y pensiones en edad avanzadas por tipo de seguridad social en México, 1990 (población en miles).

POBLACION 81 250	PEA 24 517	Sólo IMSS	7 282	PEA seguro social con 12 946
		IMSS + complemento	2 308	
		Sector público	2 629	
		S. descentralizado	584	
		Sin seguro social	11 571	
	PEI 56 733	Sólo IMSS	375	Pensionados 888
		IMSS + Complemento	229	
		Sector público	196	
		S. descentralizado	66	
		P(60+) sin pensión	4 119	
P(0-59)		51 869		
Fuente: Ham, Roberto. "Envejecimiento demográfico y seguridad social" Demos, Carta demográfica sobre México. UNAM P.29				

A pesar de lo limitado de los sistemas previsionales en el país, la información

³⁸. El acceso a estos últimos servicios pueden obtenerse como beneficio de padres a hijos, o de hijos a padres, siempre y cuando el asegurado sea un asalariado y sus asegurados sean considerados sus dependientes.

disponible nos muestra como los esquemas de otorgamiento de pensiones son una extensión de las condiciones y de la calidad de trabajo que cada individuo experimentó antes de pensionarse. Los sistemas de previsión reproducen en un contexto micro los esquemas de desigualdad existentes a nivel social, debido a que somete a los pensionados a formas desiguales de consumo y de protección social (Laurell, 1993:129). Por ejemplo se observa como dentro de los afiliados al IMSS, éste cubre básicamente obreros y empleados de rango menor o bien asalariados urbanos, mientras que los afiliados al IMSS pero que disponen de un complemento de jubilación son trabajadores de grandes compañías privadas. Respecto a los empleados del sector público y descentralizado, los primeros concentran los trabajadores federales, estatales y municipales, mientras que los segundos aglutinan a los empleados de las paraestatales, tales como Comisión Federal de Electricidad y Petroleos Mexicanos (Ham, 1993(2):29).

Las diferencia en la forma de protección social y en los niveles de consumo de pensionados están definidos por los montos a los que ascienden las pensiones, en donde por ejemplo el 92 por ciento de los pensionados cubiertos solo por el IMSS recibieron la pensión mínima, es decir un monto igual al 70 por ciento del salario mínimo, esto es N\$ 290 por mes. Por su parte los pensionados del sector público que sumaban 196 mil individuos en 1990, recibieron una pensión promedio de 1.5 veces el salario mínimo. Respecto a los pensionados que pueden disponer de niveles de consumo mayores por el monto de la pensión se encuentran los 229 mil pensionados que reciben un complemento al IMSS, los cuales recibieron el 100 por ciento de su

salario promedio del último año. Pero los privilegiados son los pensionados de las empresas paraestatales, los cuales cuentan con pensiones que con frecuencia alcanzan los 20 salarios mínimos, además de actualización inmediata en caso de aumentos salariales (Ham, 1993(2):29)

La desigualdad parece ser el factor que acompaña a los sistemas de seguridad social mexicana, en donde se observa un acceso diferenciado a servicios de salud y niveles de pensiones diversas, además de que la protección del ingreso en caso de pérdida del empleo es inexistente (Laurell, 1992:129). En materia de pensiones se observa que existe un proceso de transferencia de los más necesitados y desprotegido a los que disponen de mayores recursos, lo cual se hace a través de ofrecer pensiones económicas diferenciadas vía la seguridad social (Ham, 1993(2):29).

c) Dinámica demográfica y la crisis de la seguridad social.

El incremento de la población en edades avanzadas es el factor que está contribuyendo a resquebrajar los sistemas previsionales en los países altamente industrializados. Las transformaciones de las estructuras de la población, que han favorecido el incremento de los grupos en edades avanzadas está modificando la relación entre activos e inactivos, ocasionando que aumente la relación de dependencia como resultado del proceso de envejecimiento por la cúspide de la pirámide.

La relación que se establece ente los distintos grupos de edad es la base en la

que se fundamentan los sistemas de reparto, por lo que cualquier desequilibrio que exista entre el número de personas en edades activas respecto a la población en edad inactiva disminuye el número de individuos que cotizan a las instituciones de seguridad social llevando a un incremento en el número de individuos que demandan transferencia de recursos económicos vía la seguridad social (Ham, 1993:28).

El cuadro 3.2 nos ilustra para México la evolución de los tres grandes agregados de edad, así como las variaciones en la relación de dependencia entre la población en edad de trabajar (15-59 años) respecto a la considerada dependiente (0-14 años y 60 y más). Asimismo nos muestra las transformaciones en los niveles de dependencia juvenil y senil desde 1950 hasta los noventa y la proyectada para las siguientes dos décadas.

Las cuatro primeras décadas nos muestran niveles de dependencia elevados debido a que por cada individuo en edad de trabajar, había en promedio uno dependiente, aunque esta última proporción llegó a ser superior entre 1960 y 1970, en donde los niveles de dependencia estaban por encima de uno. Los niveles tan elevados presentes en la relación de dependencia juvenil nos habla del peso proporcional que en la estructura de población tuvieron los grupos localizados en la base de la pirámide.

A partir de los noventa observamos transformaciones significativas en las relaciones de dependencia total, las cuales nos hablan del engrosamiento del grupo de edad 15-59 por efecto de la disminución proporcional de los dependientes juveniles resultado de caída de la fecundidad a mediados de los setenta.

La dependencia senil evoluciona de más a menos, elevándose de nuevo después de los noventa. Este tipo de dependencia contrariamente a la juvenil presenta una tendencia hacia la alza como efecto del incremento relativo de la población envejecida durante el período proyectado.

Año	60+ /15-59	0-14/15-59	Total
1950	0.13	0.85	0.98
1960	0.13	0.95	1.07
1970	0.11	0.98	1.09
1980	0.10	0.88	0.98
1990	0.10	0.67	0.77
2000	0.11	0.57	0.68
2010	0.13	0.46	0.59
2020	0.17	0.38	0.55
2025	0.20	0.36	0.56

Fuente: cálculos propios en base a información de Celade, Boletín demográfico, año XXVI No. 51, Chile, enero de 1993.

Si las proyecciones hechas por Celade resultaran aproximadas observaríamos para el 2020 una reducción cuantitativa en los niveles de dependencia total: por cada 100 individuos en edad de trabajar habría 55 dependientes. Los cambios en la relación de dependencia serán cualitativamente más significativos. Un incremento de población envejecida implica hablar de un aumento en la demanda de servicios especializados, en donde, por ejemplo, la experiencia canadiense nos muestra como los costos por cuidados médicos a los viejos son dos veces mayores que los de los jóvenes, mientras que los costos por hospitalización son hasta 10 veces superiores (Novak, 1993:91).

En las sociedad en vías de desarrollo los problemas del envejecimiento demográfico y el sistema previsional difiere del que presentan los países en desarrollo, debido a que mientras en estos últimos el problemas se define por el desequilibrio en la estructura demográfica y el efecto de las mismas sobre las finanzas en los sistemas

de reparto. En los países en desarrollo, por lo menos para el caso mexicano y argentino los desequilibrios financieros de la seguridad social son resultado de la crisis económica (Soto, 1993; Golbert, 1991).

En México la crisis financiera que afecta a los sistemas de reparto parecen ser resultado de la combinación de cuatro elementos: a) la reducción del gasto público en salud; b) el deterioro de los salarios reales; c) el incremento en el monto de las pensiones y d) la creciente precarización de las relaciones laborales, con el consiguiente incremento del trabajo no asalariado y el desempleo y el aumento de la población no cubierta por ningún sistema de seguridad social.

El equilibrio financiero del sistema público de seguridad social depende directamente del desarrollo de la economía, por lo que la evolución que presente el trabajo asalariado determinará el número de personas insertas a los sistemas de seguridad social, mientras que el desarrollo de los salarios reales incidirá sobre el monto de las cotizaciones de parte de los trabajadores y patrones.

En México La década de los ochenta podemos caracterizarla como un período donde los salario se deprecian sistemáticamente, además de observarse un incremento del trabajo no asalariado. Algunos datos que avalan lo anterior podemos observarlo en la evolución que presenta los salarios mínimos reales, los cuales en 1982 presentan un nivel del 91.6 por ciento respecto al que manifestaban en 1976, cifra que es del 46.8 por ciento para 1988 y que en 1990 su nivel alcanzó el 43.6 por ciento respecto a los años setentas (Valenzuela, 1992:30). En lo que toca al crecimiento del trabajo no asalariado y los niveles de desempleo se advierte que mientras el trabajo no

asalariado significó el 1.1 por ciento en 1980, para 1989 este representaba el 13.9 por ciento. En relación al desempleo se observa un comportamiento similar, en donde a principios de los ochenta sus niveles fueron de 6.8 por ciento, cifra que para fines de la década llegó a ser del 11.9 por ciento (Laurell, 1991:459).

Por su parte, cuando Soto hace referencia a la evolución que experimentan los salarios reales y las pensiones reales dentro del IMSS, muestra que la recuperación de los salarios de cotización son sensiblemente menores que los egresos correspondientes a pensiones. Al respecto nos señala que las reformas implementadas a finales de los ochenta y principios de los noventa permitieron que las pensiones para 1993 recuperaran los niveles que éstas tenían en 1980. Los gastos de pensiones se incrementan en este período en 134 por ciento (Soto, 1993:18). Los incrementos en los montos de las pensiones, aunado al aumento en las expectativas de vida de la población se presentan como los dos factores que complementariamente están afectando las finanzas del IMSS.

Por otra parte, las restricciones presupuestarias impuestas por el Estado en los ochenta, aunado al deterioro constante de los salarios, han conducido al desplome de la inversión en el sistema de seguridad social del país, impidiendo la expansión de los servicios de salud además de provocar su deterioro paulatino³⁹ (Laurell, 1991:). Sobre este punto Soria señala que de 1976 a 1985 mientras las cuotas obrero-patronales aumentaron en términos per cápita y globales, en términos reales los

³⁹ Soria ilustra como fue la evolución del gasto por parte del IMSS, el cual en términos relativos creció a un ritmo del 23 por ciento anual de 1944 a 1956, del 15 por ciento de 1957 a 1976, mientras que para 1977 era del 6.6 por ciento anual, desplomándose de 1983 a 1985 cuyos niveles fueron del -10.6 por ciento (1988:187-188).

ingresos por cuotas aumentaron poco más del uno por ciento anual (1988:189).

La reflexión que quedaría por hacer respecto al conjunto de los datos vertido en este apartado, es que de continuar la adopción de políticas sociales neoliberales, es factible que persista el recorte al gasto público en salud, lo cual implica que los recursos se distribuirán preferentemente a las instituciones de salud orientadas a la atención de "población abierta", contribuyendo con ésto al deterioro de lo servicios que brindan atención a la población asalariada; a la par que la precarización en las relaciones laborales están afectando directamente las finanzas de la seguridad social.

Lo que podemos concluir y que está directamente vinculado al impacto de estos cambios sobre la población envejecida, es que si bien la disminución de recursos repercute en el deterioro de los servicios prestados por las instituciones de salud, además de contribuir y reproducir esquemas jubilatorios inequitativos, las consecuencias más drásticas para la población envejecida se van a plantear en el futuro, debido a que de continuar incrementandose el mercado de trabajo no asalariado, aumentará el número de trabajadores no afiliados a los organismos de la seguridad social. Esta población al llegar a una determinada edad, que dificulte su mantenimiento en el mercado de trabajo, van a carecer de toda cobertura social que les permita satisfacer una de sus necesidades básicas (Golbert, 1991:33).

3.4 Políticas sociales y familia.

Las políticas sociales aparecen como el denominador que define los alcances de la relación familia-Estado, debido a que delimita los ámbitos de competencia de una

y otra institución permitiéndole crear y recrear históricamente los espacios de competencia de la esfera públicas y privada.

Se ubican tres momentos a nivel macrosocial que han mediado en la definición funcional de familia y su relación Estado-capital, estos son: a) el que precede al Estado del Bienestar; b) durante el Estado del Bienestar y; c) con el Estado neoliberal.

En el contexto que precede al establecimiento del Estado del Bienestar se observa cómo las necesidades individuales y comunitarias de cooperación se subordinan al mercado, remodelandolas de acuerdo a sus necesidades. Esto permite la creación de una nueva estructura social y ocupacional cuya base es el mercado y la relación compra-venta. La familia en este momento se desprende paulatinamente de su función productora debido a que el capital se abre paso entre las granjas apropiándose de las funciones de la casa, haciendo por ejemplo que la comida adquiera la forma mercancía y aparezca en el mercado en sus formas semi-preparadas o incluso totalmente preparadas. Con ésto la sociedad se convierte en un gigantesco mercado de trabajo y de productos (Braverman, 316). Simultáneamente el Estado se apropia del poder político al ejercer el control social sobre la población y sobre la propiedad.

Con el Estado del Bienestar se socializan algunos de los servicios que dentro de la familia demandaban de mayor asistencia recíproca, tales como la educación, atención a la salud y seguridad social. Las funciones de la familia, se reducen en este contexto, a las de espacio de consumo de bienes, de socialización primaria y apoyo

afectivo a los miembros, contribuyendo de esta manera a la reproducción cotidiana⁴⁰ de la fuerza de trabajo.

Finalmente con el Estado neoliberal se propone disminuir la demanda social a partir de revalorar a la familia, es decir se busca recuperan modelos de convivencia abandonados, de asistencia y solidaridad social. Según Esteinou la visión de la familia es ahora la de un lugar de producción de ingreso compuesto, en el que participan no solo individuos con lazos de parentesco, además de ser un lugar de trabajo y de prestación de servicios (1993: 120-121).

Como ya señalamos en México la socialización de la seguridad social se desarrolla en un contexto restringido y desigual entre los distintos sectores económicos de la sociedad, por lo que solo algunas familias y grupos sociales están teniendo acceso a los beneficios de educación, salud, vivienda y seguridad social, mientras que otras familias, principalmente las de más bajos recursos económicos debieron hacer frente con recursos escasos a dichos gastos.

En otro contexto y como efecto de la crisis económico hemos observado como se renegocian y redefinen las responsabilidades entre las distintas esferas institucionales, en donde el Estado a partir de una serie de medidas de corte neoliberales pretende devolver a la esfera de lo privado una serie de funciones a las que antes otorgo el rango de derechos sociales, a la par que emprende acciones asistencialistas para las familias más empobrecidas; las menos favorecidas con el Estado Benefactor. Esta reorientación de las políticas sociales hacia los más

⁴⁰ Se refiere a todas las actividades compartidas y solidarias de los miembros del hogar y la familia, que permiten allegarse de los recursos necesarios para garantizar su permanencia en el tiempo (Tuirán, 1986:4).

desprotegidos, lleva al Estado a implementar medidas con las que se buscan elevar parcialmente sus niveles de vida, situación por de más compleja de acuerdo a los niveles de desigualdad existentes. Un ejemplo ya los observamos con los subsistemas de salud en donde mientras se incrementan los niveles de financiamiento orientados a población abierta, decrecen los recursos del Estado dirigidos a población trabajadora.

La implementación de las medidas económicas neoliberales en los ochenta nos presentan un panorama en donde los hogares tendrá que afrontar una disminución en sus niveles de bienestar debido no solo a la reducción del gasto social que afecta todas los servicios sociales suministrados por el Estado, sino también porque sus ingresos se reducen sistemáticamente como resultado de la caída en los salarios reales.

Aunado a lo anterior, los hogares⁴¹ han visto como se modifica su dinámica interna como efecto de los cambios que experimentan las estructuras de población. Muchos hogares ven disminuir la proporción de niños y jóvenes y un incremento en el número de viejos. Esto último está impactando los hogares mexicanos debido a:

- i) la proporción de hogares que ahora cuenta con población envejecida⁴²;

⁴¹ El hogar como el espacio que articula un conjunto de individuos unidos o no por lazos de parentesco, que comparten una residencia y un gasto común (oliveira y Salles, 1989:14). Asimismo, el hogar es el ámbito donde distintas generaciones se rempazan, es decir, el espacio donde los individuos se reproducen biológica y socialmente, es el área de interacción, de socialización, de cooperación económica, de división interna del trabajo y de protección y seguridad social a sus miembros, además de ser una zona de conflictos (Mazzei; Niedworok, 1983:22). Es en el hogar donde se asignan los roles o funciones que cada miembro desempeñará y es ahí mismo, donde se define y redefine continuamente el papel que el anciano tendrá tanto al interior del hogar como fuera de este.

⁴² Al respecto María de la Paz López encontró que la información censal de 1990 registró 2.7 millones de hogares con población de 65 años y más, cifra que repretaba el 17.6 por ciento de los hogares del país. Asimismo la autora nos señala que a pesar de la tendencia que en la actualidad presentan los hogares a reducir su tamaño, se encontró que cada hogar contaba en promedio con 1.2 individuos en estas edades (López, 1993:6). La fuente que cita la autora no considera a la población anciana residente en hogares colectivos como los asilos, hospitales y cárceles.

ii) los efectos que en la dinámica interna del hogar ejercen los cambios en la mortalidad lo que favorece la ampliación de sus ciclos⁴³ . En este punto resulta fundamental considerar el efecto de la mortalidad en la ampliación de la última fase del ciclo vital de los hogares, en donde los cambios en las esperanzas de vida de sus miembros, esta permitiendo entre otros aspectos ampliar la fase de dispersión, por el alargamiento del período de convivencia de la pareja envejecida, lo que posterga la disolución de las uniones por efecto de la viudez;

iii) cambios en las formas de convivencia intergeneracional como resultado de la ampliación de los períodos de convivencia entre distintas generaciones, debido a que ahora es posible observar hasta dos generaciones de población envejecida en el contexto de una familia, así como también una ampliación de las redes de parentesco que permite conocer a los abuelos y en algunos casos a los bisabuelos;

iv) cambios en las estrategias de reproducción cotidiana del hogar como resultado en algunos casos del retiro de un miembro del mercado de trabajo por vejez, lo que implicar una disminución de los recursos disponibles para el mantenimiento del hogar;

v) redefinición de roles para ciertos miembros del hogar, como resultado de la demanda de atención de la población envejecida por el padecimiento de alguna

⁴³Se considera que la unidad doméstica o el hogar transita por diversos ciclo o fases, las cuales son la expresión no solo de la edad cronológica de los individuos, sino de los roles o funciones sociales que desempeña cada miembros del hogar. Se identifican tres fases o ciclos del hogar, en donde la fase de expansión inicia con la unión de la pareja y termina cuando ésta completa su familia de procreación. La fase de dispersión o fisión inicia con el matrimonio del hijo mayor y continúa hasta que todos los hijos están casados; y la última fase es la de reemplazo, la cual termina cuando mueren los padres y, en la estructura social la familia del padre es reemplazada por la de los hijos. Las fases o ciclos del hogar consideran la presencia de dos o tres generaciones unidas por lazos consanguíneos, o bien la presencia adicional de miembros colaterales (Fortes, 1971:4-5).

deficiencia física o mental.

Muchos de los servicios socializados por el Estado, siempre han requerido para su desempeño exitoso de acciones complementarias de la familia. El carácter restringido de los servicios que en México se prestan a los infantes, viejos, enfermos e incapacitados ha generado que los costos de estos servicios no sean absorbidos totalmente por el Estado.

Con el neoliberalismo se pretende aumentar los costos de reproducción cotidiana de los miembros del hogar, debido a que se retiran paulatinamente las transferencias de los beneficios sociales, haciéndose privativas a los más pobres dentro de un contexto de pobreza generalizado. Lo anterior está planteando un nuevo reto para la reproducción de los hogares, así como sugiere una nueva organización, recomposición y erogación de servicios que probablemente deberán ser cubiertos por el sector femenino de los hogares (Esteinou, 1993:125).

IV. Perfil sociodemográfico de la población envejecida.

4.1 Dinámica demográfica y envejecimiento

El envejecimiento de la población en el país es resultado del impacto que ejerce la baja en la fecundidad y la mortalidad sobre las estructuras poblacionales. La reducción de la población en edades formativas y la mayor supervivencia en todas las edades, permite que paulatinamente se incrementen los grupos en edades productivas y envejecidas.

El estado de Nuevo León y el área metropolitana de Monterrey (AMM) están experimentando un proceso de envejecimiento. El comportamiento de estos componentes se observan en el cuadro 4.1, en donde se describe la evolución de la natalidad y la mortalidad a través de sus tasas brutas, para el país, el estado de Nuevo León y el área metropolitana de Monterrey.

Existen diferencias en la evolución de estos componentes entre el área regiomontana y el país. Por ejemplo, se observan para 1950 diferencias de hasta 2.7 defunciones menos en el contexto regiomontano en relación a la tasa nacional. La presencia de niveles menores de mortalidad en condiciones de alta fecundidad permiten que para 1960 el estado de Nuevo León y el AMM presenten los niveles más altos de fecundidad, los cuales llegan a los 47.4 nacimientos por mil para Nuevo León y los 46.5 por mil para su área metropolitana.

Cuadro 4.1 Evolución de la fecundidad y la mortalidad en Nuevo León y AMM de 1940-1987.

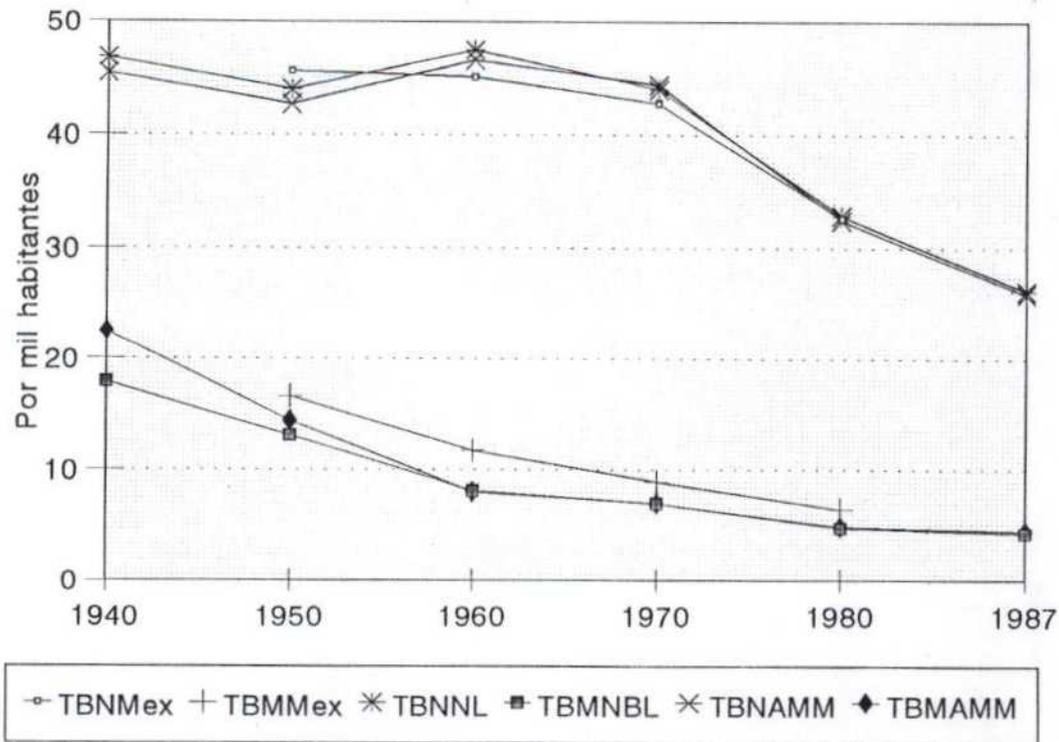
Año	TASA BRUTA DE NATALIDAD (por mil)			TASA BRUTA DE MORTALIDAD (por mil)			TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD		
	NL	AMM	NAC	NL	AMM	NAC	NL	AMM	NAC
1940	46.7	45.3	-	17.9	22.5	-	-	-	-
1950	43.9	42.6	45.5	13.1	14.4	16.6	-	-	6.75
1960	47.4	46.5	45.0	8.1	8.0	11.7	-	-	6.75
1970	43.9	44.3	42.7	7.0	7.0	8.9	6.06	5.88	6.37
1980	32.8	32.4	32.6	4.8	4.9	6.5	3.98	3.78	4.29
1987	26.2	25.9	-	4.3	4.5	-	3.06	2.94	-
1990	-	-	27.9	-	-	5.46	-	-	3.16

Fuente: Madrigal, Romeo. "La transición demográfica" En: Gustavo Garza (coordinador) Metropolización y dinámica sociodemográfica, Atlas de Monterrey, Cap. 4. 1993. (copia). TBM y TBN para NL y AMM tomados de cuadros 4.3.1 y 4.3.3. y TGF en p.7. Información nacional: CELADE. Boletín demográfico año XXVI, No. 51, Chile, enero de 1993.

La gráfica 4.1 nos muestra claramente cómo se manifiesta la transición demográfica para el estado de Nuevo León y el AMM. El punto de partida de la gráfica denota la presencia de niveles elevados de mortalidad y natalidad. En este punto la mortalidad era del orden de las 17.9 y 22.5 defunciones por cada mil habitantes para Nuevo León y el AMM respectivamente, mientras los nacimientos presentaban niveles por arriba de los 46 y 45 por mil. La segunda etapa de la transición demográfica se observa a partir de 1950 hasta la década de los setenta. En este punto la mortalidad continúa con su tendencia a la baja que alcanza un nivel de 7 defunciones por mil habitantes para 1970, permitiendo que la fecundidad alcanzara sus niveles más elevados. La última etapa de la transición demográfica se observa a partir de 1970. La caída abrupta en los niveles de fecundidad caracterizan este período, además de ser la etapa de transición hacia el envejecimiento de las estructuras.

Tanto Nuevo León como el AMM presentaban en 1980 y 1987 una tasa global de fecundidad menor que el promedio nacional. Es decir que mientras en el país las

Gráfica 4.1: Transición demográfica en México, Nuevo León y Area Metropolitana de Monterrey



Fuente: Madrigal (1993) y CELADE (1993).

mujeres tenían 4.29 hijos al final de su vida reproductiva, en el estado de Nuevo León y el AMM éstas tenían 3.98 y 3.78 hijos por mujer respectivamente. Los cálculos para 1987 nos muestran un descenso mayor de este componente, el cual llegó a ser de 3.06 y 2.94 hijos por mujer para la zona regiomontana, mientras que el nivel nacional en 1990 seguía siendo superior a esta zona con una tasa de 3.16 hijos por mujer.

Como ya vimos, la transición hacia el envejecimiento de la población se da como resultado del impacto que ejerce el descenso de la fecundidad sobre los grupos en edades formativas. El envejecimiento por la base en el AMM se observa claramente en el cuadro 4.2, en donde se aprecia la evolución relativa del grupo de 60 años y más

en el período 1950-1990, así como proyecciones para el 2010 y 2020. Según se observa, entre 1980 y 1990 se localiza el punto de inflexión hacia el envejecimiento de las estructuras. En este período se define una tendencia al engrosamiento constante de los grupos localizados en la cúspide de la pirámide. Un factor que teóricamente refuerza el hecho anterior son los cálculos proyectados para el 2010 y 2020, los que identifican para el AMM un ritmo de crecimiento⁴⁴ mayor del grupo de 60 años y más, respecto a la tasa de crecimiento nacional, lo que parece ser factible por el descenso más acelerado de la fecundidad en esta región.

Cuadro 4.2 Población relativa de 60 años y más para el AMM y total nacional, 1950-1990 y proyecciones para el 2010 y 2020.

Año	AMM	Nacional
1950	5.25	6.6
1960	5.0	6.1
1980	4.73	5.2
1990	5.55	5.6
2010	8.14	8.2
2020	11.21	10.8

Fuente: Madrigal, Romeo. "Envejecimiento en el área metropolitana de Monterrey" En: Seminario sobre envejecimiento demográfico en México. 1993.
 CELADE. Boletín Demográfico, año XXVI, No.51, Chile, enero 1993.

Finalmente en relación al efecto de la migración sobre el proceso de envejecimiento de las estructuras, está ampliamente documentado que el AMM ha sido una zona tradicionalmente receptora de población en edades activas⁴⁵, proceso que un primer momento contribuye más a rejuvenecer las estructuras que a envejecerlas.

⁴⁴Se observa que de 1970 a 1990 el ritmo de crecimiento de la población de 60 años y más para el estado de Nuevo León fue de 3.6, mientras que para el total nacional fue de 3.1 (INEGI, 1993:9).

⁴⁵Zuñiga señala que el flujo creciente de inmigrantes al AMM ha contribuido a que ésta crezca a ritmos acelerados desde 1940, aunque esta situación se reduce de manera importante durante la década de los ochenta (1993:1).

envejecerlas.

4.2 Sociodemografía de la población envejecida.

La manera más convencional de acercarnos a la población envejecida del AMM es identificar como se manifiestan sus atributos individuales y contextuales. La manera en que se combinen estos factores permitirán identificar cuáles son los rasgos que los caracteriza y los define como un grupo social con identidad y por lo tanto con demandas y necesidades específicas. Cualquier análisis que se haga de la población envejecida deberá considerar la multidimensionalidad del fenómeno y que dicho concepto puede variar con el tiempo de acuerdo a contextos históricos variados.

Algunas de las características que pueden asumirse como particulares al fenómeno se desprenden de la combinación de las variables calidad de vida, edad y género.

La calidad de vida esta directamente vinculado al ingreso del individuos pero sobre todo a la manera de obtenerlo y de gastarlo (Bazo, 1990:12), asimismo esta variable se encuentra fuertemente relacionada a los diferenciales en salud de los individuo, en donde si bien en éstas influyen una serie de factores biológicos, el peso de los condicionantes sociales es mayor en la definición de la calidad de vida y los niveles de salud de una sociedad.

Respecto a la variable edad y envejecimiento, existe consenso en los estudiosos del tema que se observa una fuerte relación de ésta con las condiciones de salud, lo

que se expresa en una disminución de las capacidades físicas y mentales de los individuos que los restringe o imposibilita para el desempeño de ciertos roles sociales. Lo anterior permite que se hable de umbrales, transición o "categorías de envejecimiento" en donde la edad cronológica es la expresión de factores cualitativos tales como condiciones de salud y niveles de dependencia.

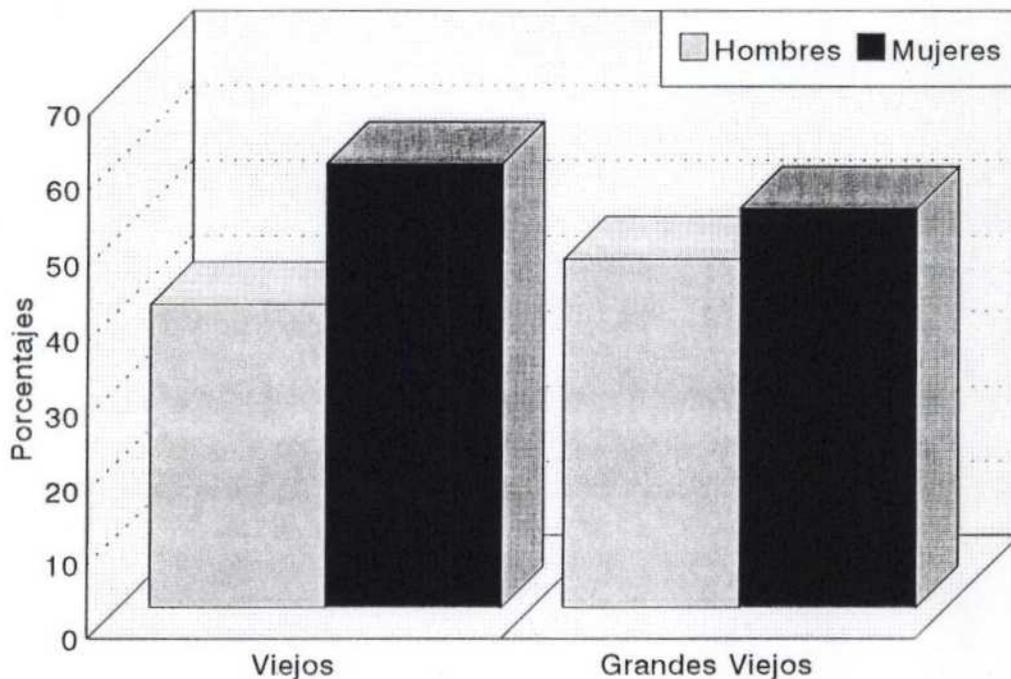
Finalmente el género aparece como una categoría social que se contrapone al análisis por sexo como categoría biológica, a través de la cual se identifica la existencia de una "identidad de género" que implica el desempeño de roles que son resultado de las formas de relacionamiento social y de la socialización diferenciada, en donde se define la personalidad masculina como diferente a la femenina y por lo tanto la individualidad y la independencia implican construcciones diferentes en uno y otro sexo. El género al presentarse como una categoría que rebasa lo biológico está sujeto a un proceso de definición y de cambio en el tiempo (Ojeda, 1993).

La complejidad que envuelve el análisis del envejecimiento nos lleva a establecer límites en el manejo de los conceptos que serán utilizados para abordar el proceso de reproducción cotidiana de la población envejecida, en donde los ejes centrales para medir calidad de vida se limitaran al análisis de la condición de actividad de la población envejecida, que al combinarse con el factor edad nos permite identificar "categorías de envejecimiento" en donde los términos "viejos" y "grandes viejos" tienen una implicación que va más allá de la edad cronológica y que denota grados de dependencia económica y social diferenciada.

i) Atributos individuales.

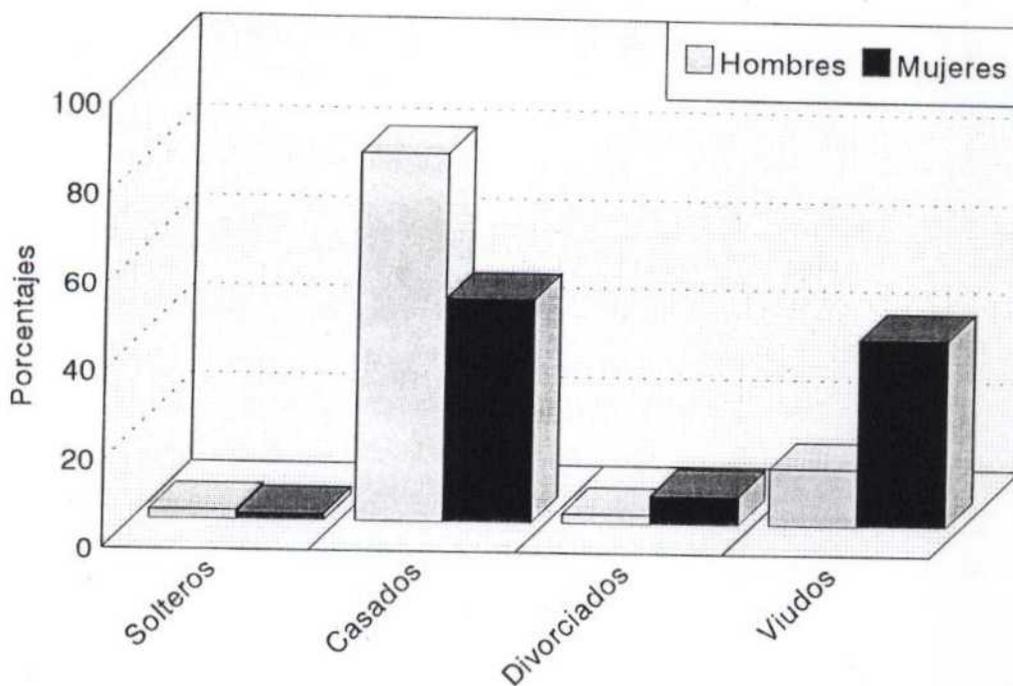
Cuando el envejecimiento se observa atendiendo a las variables sexo y edad, se identifica que estamos ante un fenómeno predominantemente femenino. Las diferencias en las esperanzas de vida entre sexos es el factor que condiciona en mucho este hecho. Es decir, la posibilidad que tienen las mujeres de poder sobrevivir más tiempo feminiza paulatinamente el problema del envejecimiento como resultado del peso proporcional que éste sexo adquiere conforme se avanza en edad (Bazo,1990; Redondo,1990).

Gráfica 4.2: Población envejecida en el Area Metropolitana de Monterrey según sexo



Fuente: COESPONL, 1992-1993.

Gráfica 4.3: Población envejecida en el Area Metropolitana de Monterrey según estado civil y sexo



Fuente: COESPONL, 1992-1993

La viudez es otra condición que viven mayormente las mujeres. Lo anterior se manifiesta con claridad en los datos que nos muestran que el 81.8 por ciento de los viudos pertenecen a este sexo. Pero si la viudez en una condición femenina, el estar casado o unido sería la contraparte masculina, debido a que 8 de cada 10 hombres manifestó encontrarse en esta situación, proporción que se reduce al 50.2 por ciento para el caso de las mujeres (gráfica 4.3). Las relaciones anteriores nos muestran que independientemente de la edad los hombres permanecen casados o unidos la mayor parte de su vida, este hecho podría estar directamente vinculado a la aceptación social

y familiar sobre las segundas o terceras nupcias de la población masculina, situación ésta que es menos frecuente entre las mujeres.

ii) Atributos contextuales.

a) Dinámica socioeconómica en el AMM.

El AMM aparece como una región socioeconómica privilegiada si ésta se observa respecto al contexto del estado de Nuevo León y al total nacional. Esta zona concentra en los nueve municipios que la integran más del 80 por ciento de la población total del estado de Nuevo León. Una características son sus elevados niveles de urbanización e industrialización, lo que la sitúa como la región menos marginada, mientras que la zona no metropolitana, por tratarse básicamente de comunidades rurales que concentran poca población, manifiestan los niveles más elevados de marginación por la carencia en la dotación de servicios públicos y sus grados de hacinamiento (CONAPO,1993).

La constante expansión urbana y poblacional que ha experimentado desde mediados de este siglo, ha permitido que su zona conurbada evolucione de cuatro a nueve municipios. Por otra parte su ritmo de crecimiento poblacional tuvo un desarrollo de más a menos en tanto que de 1950-1960 era de 6.6 por ciento anual, cifra que paso a 4.6 por ciento anual para la siguiente década y finalmente entre 1980-1990 su ritmo de crecimiento anual fue de 2.5 por ciento (Garza, 1993:8-9).

Económicamente hablando el AMM ocupa un lugar relevante en el contexto nacional. Por ejemplo, Garza señala que en 1960 en el AMM se produjo el 5 por ciento del PIB nacional, a pesar de contar con el 2 por ciento de la población total del país. Entre 1960 y 1970 su participación al PIB nacional se incrementa en 5.2, a la par que se da la mayor participación manufacturera regiomontana al producir 10.4 por ciento del total de la industria nacional. Sin embargo la mayor participación económica observada hasta la actualidad ocurre en 1980, cuando su aporte al PIB nacional representó el 6 por ciento, nivel que se logró a pesar de reducirse el aporte industrial a un nivel de 10.2 por ciento. La crisis económica que vivió el país en la década de los ochenta se manifestó de manera importante en el AMM, debido a que de 1980 a 1988 su participación al PIB fue de 5.6 por ciento, mientras se reducía el aporte manufacturero al 8.8 por ciento del total nacional (Garza(2), 1993:6-8).

El impacto recesivo sobre el AMM durante el período de crisis tuvo repercusiones importantes en materia de empleo. Por ejemplo entre 1970-1980 se crearon 67 309 nuevos empleos industriales, esto es, el sector se incrementa en 52.5 por ciento conformando en 1980 un personal ocupado de 195 578 trabajadores. La tendencia anterior se revierte cuando el sector decrece 21.6 por ciento de 1980 a 1988 (Garza (3) 1993:5-6).

Aunado al descenso del empleo industrial, el comercio en pequeño y el sector servicios aumentan su participación. Paralelamente en 1985 la tasa de desempleo abierto se incrementa en 8.5 por ciento, tasa que dos años antes se calculaba en 6.8. A pesar de esto en materia de empleo Monterrey ha logrado consolidar una población

trabajadora relativamente estable, debido a que en 1985 el 67.3 por ciento de su población trabajadora contaba con un empleo permanente y laboraba de cuarenta a 48 horas por semana, mientras que el 10.8 por ciento laboraba medio tiempo (Vellinga, 1988:135-36). Asimismo se observa que los trabajadores que experimentaron una movilidad ocupacional ascendente o descendente, ésta se da en cortas distancias, identificándose que en los casos de movilidad ascendente en más de un tercio se debió a movimientos del empleo formal al informal (1988:139).

Para Vellinga resulta sorprendente que a pesar de la crisis la economía regiomontana mantuvo durante los últimos 20 años un sistema de estratificación ocupacional estable, en tanto que este sistema tuvo la capacidad de reabsorber a los miles de obreros y empleados despedidos durante los últimos años (1988:140).

Respecto a los niveles de vida del AMM, existen pocos datos sobre los efectos de la crisis sobre los mismos en la población regiomontana. Vellinga señala que hay evidencias de que la creciente dificultad presupuestarias han afectado los servicios que otorga el Estado a la población, en donde los estratos populares resultan ser los más perjudicados. Para este autor a pesar de la crisis y la consabida desigualdad en los ingresos que ésto genera, es posible que ciertos grupos sociales hayan experimentado algunas pequeñas mejoras en los niveles de vida.

En el cuadro 4.3 observamos información que la encuesta arrojó sobre propiedad, características de la vivienda y nivel de ocupación de las mismas para el AMM, la cuál comparamos con algunos de los datos que para la misma zona presenta

Vellinga para los años de 1980 y 1985⁴⁶. Según este autor algunos de los indicadores mostrados han mantenido una evolución positiva desde 1950 , comportamiento que durante las últimas dos décadas no se ha revertido. Comparando la información de la encuesta a población envejecida con la mostrada por Vellinga identificamos que en términos generales los datos de la encuesta presentan niveles superiores que podrían estarnos hablando de lo que el autor identifica como mejoras en los niveles de vida. Pero también podrían ser el reflejo de viviendas cuyos residentes originarios se encuentran en las últimas etapas de su ciclo vital, lo que les ha permitido que a lo largo de su vida hayan mejorado sustancialmente el tamaño de las viviendas, los materiales de construcción y su estatus legal.

Cuadro 4.3 La vivienda en el área metropolitana de Monterrey			
Categorías	1980	1985	1992-1993*
Casa propia (%)	68.1	75.5	71.4
Número de cuartos (x)	2.9	3.5	5.0
Viviendas con uno o dos cuartos (%)	58.2	51.9	7.2
Número de dormitorios (x)	-	2.4	3.0
Con cuarto para cocina que no se usa como dormitorio (%)	76.2	83.3	93.1
El material de las paredes es block/ladrillo (%)	84.6	84.8	95.4
El material del techo es losa de concreto (%)	61.6	74.3	87.4
El material del piso es mosaico (%)	45.7	54.6	56.6
Con electricidad (%)	82.6	98.9	99.6
Con agua entubada dentro de la casa (%)	72.4	82.0	95.2
Con drenaje o fosa séptica (%)	74.3	85.3	91.5
Con gas para cocinar (%)	85.1	96.6	66.8
Con teléfono (%)	30.9	39.1	62.5

Vellinga, Menno (1988). Desigualdad, poder y cambio social en Monterrey, Siglo XXI. Cuadro 38, p.146.
 *Encuesta: "Situación actual de las personas de la tercera edad en el área metropolitana de Monterrey, COESPONL, 1992-1993.

Por ejemplo fuera de las características de la propiedad y de la proporción de

⁴⁶ Para 1980 Vellinga utiliza información censal para el cálculo de los indicadores, mientras que para 1985 son los resultados de una encuesta a 2 170 familias en el AMM.

hogares que utilizan gas para cocinar, todos los indicadores en los noventa fueron superiores a los mostrados en los ochenta, aunque se observan situaciones aparentemente absurdas como la proporción de viviendas que cuentan con uno o dos cuartos en donde los datos para 1980 y 1985 nos hablan de una proporción superior al 50 por ciento de las viviendas para la zona, mientras que la información de la encuesta solo captó un 7.2 por ciento de viviendas con estos atributos. En relación a los rangos de variación de los datos identificamos que las viviendas donde reside los viejos presentan en promedio 1.5 cuartos más y un promedio mayor de 0.6 dormitorios. Sobre este punto resulta interesante que de cada 4 entrevistados 3 manifestó contar con cuarto propio, el cual no compartía con nadie en una proporción del 28.8 por ciento y lo compartía con otra persona en un 57.9 por ciento.

Cuadro 4.4 Posesión de productos de consumo durables en el área metropolitana de Monterrey.		
Bienes durables	(%)	
	1985	1992*
Radiograbadora	-	65.9
Televisión	94.7	98.0
Estereo	42.2	43.8
Refrigerador	89.9	93.3
Lavadora	74.8	80.9
Videocassetera	-	39.4
Parabólica	-	0.9
Cable	-	3.7
Estufa	-	98.3

Vellinga, Menno (1988). *Desigualdad, poder y cambio social en Monterrey, Siglo XXI*. Cuadro 40, p.151.
 *Encuesta: "Situación actual de las persona de la tercera edad en el área metropolitana de Monterrey, COESPONL, 1992-1993.

Respecto a la proporción de viviendas que están construidas con materiales durables, los datos de la encuesta manifiestan una proporción superior hasta en 10 puntos porcentuales, situación similar presentaron las viviendas que disponían de agua entubada. Vellinga señala que a pesar de que las viviendas pueden estar construidas

con materiales nobles y disponer de agua y electricidad, éstas pueden localizarse en zonas de "apariencia miserables". Señala que en grandes zonas del AMM se ha hecho muy poco por mejorar el ambiente habitacional, por lo que existen algunas zonas sin pavimento, además de carecer de buen servicio de recolección de basura (1988:148).

Otros factores que nos permiten acercarnos a ciertas características de los hogares de la población envejecida del AMM es la posesión de bienes durables. En el cuadro 4.4 se observa comparativamente para 1985, que los hogares donde residen los viejos cuentan en una proporción mayor con este tipo de bienes. El consumo y la posesión de bienes durables no están asociado necesariamente a cierto estrato social, sino que existen antecedentes de que grandes compañía industriales otorgaban créditos a sus trabajadores para la adquisición de dichos bienes. Se cita el caso de reportes del departamento de bienestar social de uno de los grupos industriales más poderosos de Monterrey, la Sociedad Cuauhtémoc y Famosa, en donde se informa para 1960 sobre del número de televisores, refrigeradores y otros bienes que sus asociados habían logrado acumular (1988:151).

b) Condición de actividad e ingresos

Una manera de acercarnos a los recursos de que dispone la población envejecida para autosostenerse es identificar cuáles son sus ingresos y el origen de los mismos. Para indagar sobre este aspecto su condición de actividad nos permite caracterizarlos de acuerdo a su situación de activo, lo que implica identificarlo como

productor de ingresos, o por otra parte como población económicamente inactiva, lo que significa identificarla como consumidora de bienes dentro del hogar, función que no implica desligarlo del desempeño de actividades que son indispensables en el proceso de reproducción cotidiana de los miembros del hogar.

La población envejecida del AMM se caracteriza principalmente por estar fuera del mercado de trabajo debido a que el 79.1 por ciento se concentra en actividades económicamente inactivas. La inactividad es una condición femenina en un 92.5 por ciento mientras que la población masculina que se encuentra en esta situación es del 60.8 por ciento. Respecto a la condición de activo se manifiesta básicamente masculina, así como del grupos de edad 60-74.

Cuadro 4.5 Población envejecida por sexo y condición de actividad.			
Condición	Masculino	Femenino	Total
PEA			20.9
Empleados	15.9	4.3	20.2
Desempleados	0.7	-	0.7
PEI			79.1
Hogar	-	51.6	51.6
Jubilado o pensionado	15.1	0.9	16.0
Incapacitado	4.3	0.7	5.0
Otro	6.1	6.5	6.5

Fuente: Encuesta: "Situación actual de las personas de la tercera edad en el área metropolitana de Monterrey, COESPONL, 1992-1993.

El cuadro 4.5 nos muestra la distribución por sexo de la población inactiva, donde se aprecia una fuerte relación entre población femenina y actividades del hogar (51.5%). por su parte los hombres inactivos se declararon en mayor medida como jubilados o pensionados en un 15.2 por ciento, como incapacitados en un 4.3 por

ciento y en otras actividades el 6.1 por ciento.

La población activa concentra el 20.9 por ciento del total de los entrevistados en el AMM. Al comparar la proporción de empleados y desempleados, se observa que estos últimos tienen un peso marginal lo que nos muestra que se captó una reducida proporción de viejos que se consideraron desempleado o que se declararon en busca de empleo. La proporción de población que se declaró laborando fue de 20.2 por ciento, en donde la participación femenina fue de uno por cada 5 activos.

Un indicador que resulta revelador sobre el grado de dependencia real o potencial que manifiesta la población envejecida está dado por su nivel de ingresos. Al respecto el cuadro 4.6 nos presenta el ingreso mensual total por sexo, edad y condición de actividad. Los rangos de ingresos captados varían desde menos de N\$ 100 hasta N\$ 2000 o más, además de que se capta la proporción de población que no percibe ningún ingreso. Se observa que poco más del 50 por ciento de la población envejecida no percibe ningún ingreso, el 18.2 por ciento reciben entre N\$ 200 y menos de N\$ 400, un 15.2 entre N\$ 400 y menos de N\$1000 y solo el 8.2 tiene ingresos superiores a los N\$ 1000 mensuales.

La ausencia de ingresos, naturalmente está vinculada a la inactividad en un 65.2 por ciento, a la edad avanzada en un 62.9 por ciento y al sexo femenino en un 76.8 por ciento. La percepción de ingresos se concentra básicamente en la población masculina en donde 1 de cada 3 tienen un ingreso que fluctúa entre N\$ 200 y menos de N\$ 400, mientras que uno de cada 10 percibe ingresos por arriba de los N\$ 1000.

Cuadro 4.6 Ingreso mensual total por sexo, nivel de envejecimiento y actividad.

Ingreso	Hombres	Mujeres	Viejos	Grandes Viejos	Activos	Inactivos	Total
Nada	20.1	76.8	50.0	62.9	6.3	65.2	52.9
-100-200	6.2	4.8	4.8	7.6	14.6	3.0	5.5
200-400	34.0	6.8	19.1	15.2	15.7	18.9	18.2
400-600	9.8	3.7	6.2	6.7	10.5	5.2	6.3
600-800	7.7	2.2	5.3	1.9	9.4	5.2	4.6
800-1000	8.8	1.1	5.1	1.9	14.6	3.2	4.3
1000-2000	8.8	3.0	6.2	2.9	19.8	1.7	5.4
2000 y más	4.7	1.5	3.4	1.0	9.4	1.1	2.8
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: Encuesta "Situación actual de las personas de la tercera edad en el área metropolitana de Monterrey", COESPONL, 1992-1993.

Por otra parte el cuadro 4.7 nos presenta el origen y el monto del ingreso total mensual. Aquí se aprecia con mayor nitidez la relación que la población envejecida estableció en algún momento con el mercado de trabajo y que aparece como el factor más importante que ahora le garantiza la obtención de un ingreso vía salario o por pensión. Un punto interesante de estos datos es la proporción de viejos que no dispone de ingresos derivados de rentas, intereses o donativos. Por ejemplo se observa que el 18 por ciento de los viejos percibe ingresos vía salarios, un 27.8 por ciento por pensiones, mientras que solo cerca de un 2 por ciento de la población total percibe ingresos derivados de alguna forma de ahorro o por donativos.

c) Condiciones de salud y acceso a servicios.

El acceso a servicios de salud se muestra como un último factor que está directamente vinculado con el proceso de reproducción cotidiana de la población envejecida y que adquiere el carácter de prioritario para los individuos en edades

avanzadas en tanto que atiende problemas de enfermedad y facilitaría el actuar de manera oportuna en la prevención de problemas de salud, por lo que el disponer de este servicio, sirve como un indicador de calidad de vida para la población envejecida.

4.7. Origen y monto del ingreso total mensual de la población envejecida. (nuevos pesos)									
Ingresos	Nada	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
Salario	82.0	3.0	2.7	1.6	3.3	1.9	3.9	1.6	0.2
Pensión	72.2	0.6	20.6	3.5	1.3	1.1	1.6	0.7	-
Renta	97.4	0.2	0.4	0.4	0.2	0.2	0.4	0.6	-
Intereses	98.0	0.9	0.4	0.2	0.2	-			
Donativos	99.6	0.2	-	0.2					
Otros	96.3	1.7	1.6	0.2					

Fuente: Encuesta "Situación actual de las personas de la tercera edad en el área metropolitana de Monterrey".
 (1) -100-200; (2) 200-400; (3) 400-600; (4) 600-800; (5) 800-1000 (6) 1000-2000; (7) 2000 y más; (8) n/e.

El cuadro 4.8 nos muestra la proporción de población que se encuentra afiliada o es derechohabiente de alguna institución de salud en el área metropolitana de Monterrey, así como la que no dispone de dichos servicios. Asimismo el conjunto de los datos nos muestra de acuerdo a la condición de actividad del entrevistado cuál es su relación con las distintas institución de salud, por lo que la información capta a los individuos que son derechohabientes a varias de estas instituciones.

El IMSS aparece como la institución de salud más importante a la que tiene acceso la población envejecida (69.6 %), siguiéndole en importancia los afiliados al ISSSTE con el 4.8 por ciento, mientras que otras instituciones, que no se especifica el número y el tipo de centros, aglutinan al 5 por ciento de la población que se declaró derechohabiente de alguna institución de salud. La suma del conjunto de los datos que nos hablan de población derechohabiente es del 83.5 por ciento, mientras que se

identificó un 17.8 por ciento sin derecho a servicios de salud. La información sobre población cubierta por algún sistema de salud y la no cubierta, muestran una

Cuadro 4.8. Población envejecida por condición de actividad y derecho a servicios de salud.			
Subsistema	Activos	Inactivos	Total
IMSS	70.8	69.3	69.6
ISSSTE	6.3	4.4	4.8
ISSSTELEON	1.0	0.8	0.9
Universidad	2.1	0.8	1.1
Maestros	0.0	0.5	0.4
Nova	0.0	0.3	0.2
Vidriera	0.0	0.5	0.4
Cuahtémoc/Famosa	0.0	1.4	1.1
Otro	5.2	4.9	5.0
Ninguno	16.7	18.1	17.8

Fuente: Encuesta. "Situación actual de las personas de la tercera edad en el área metropolitana de Monterrey". COESPONL, 1992-1993.

sobrecobertura de 1.3 por ciento de individuos que están afiliados a más de una instituciones de salud. Finalmente una observación que resulta pertinente respecto a la población que no cuenta con ningún servicio de salud es que ésta situación es ligeramente mayor en los inactivos (18.1%) respecto a los activos (16.7%). En relación a las condiciones de salud que manifestó la población envejecida, se observa en el cuadro 4.9 que los que habían padecido alguna enfermedad durante el último mes fueron en mayor proporción las mujeres, en un 65.5 por ciento, los viejos en un 57.3 por ciento y los inactivos en un 61.1 por ciento.

Los resultados relativos a las condiciones de salud de los viejos versus los grandes viejos se muestran inconsistentes con lo que la literatura refiere, en donde se documenta ampliamente la relación que existe entre edad avanzada y padecimiento de enfermedades. La explicación que encontramos podría estar vinculada a la

Cuadro 4.9 Condiciones de salud por sexo, categoría de envejecimiento y condición de actividad

	Enfermos	No enfermos	n/e	Total
<i>Sexo</i>				
Masculino	44.8	54.6	0.5	100.0
Femenino	65.5	34.1	0.4	100.0
<i>Categoría de envejecimiento</i>				
Viejos	57.3	42.1	0.6	100.0
Grandes viejos	55.2	44.8	-	100.0
<i>Condición de actividad</i>				
Activos	38.5	60.4	1.0	100.0
Inactivos	61.6	38.1	0.3	100.0
<i>Total</i>	<i>56.8</i>	<i>42.7</i>	<i>0.4</i>	

Encuesta: "Situación actual de las personas de la tercera edad en el área metropolitana de Monterrey, COESPONL, 1992-1993.

población que no pudo ser entrevistada por encontrarse incapacitada para responder, en este punto sería importante conocer el perfil sociodemográfico de la población excluida por motivos de salud porque aportaría información relevante sobre la relación entre estas dos variables.

V. Redes familiares y transferencias.

En el capítulo anterior observamos que existen razones importantes para identificar en la población envejecida a un grupo potencialmente dependiente. Los datos de la encuesta a la población envejecida del AMM nos muestra que este grupo se encuentra escasamente vinculado con el mercado de trabajo, razón que contribuye a que más de la mitad no disponga de ingresos económicos. A la incapacidad de producir ingresos por parte de esta población se adicionan factores tales como la presencia de enfermedades en el último mes en el 56. 8 por ciento de los individuos.

Queda claramente comprobado con el apartado anterior que la población envejecida se presenta como un grupo económica y socialmente dependiente, situación que se ira agudizando paulatinamente conforme esta población avance en edad. Hemos identificado de manera muy general la existencia de una infraestructura social que esta teniendo un rol importante dentro de la reproducción cotidiana de la población envejecida, debido a que se presenta como una fuente de apoyo a la salud y la seguridad social, en tanto esta beneficiando al 27.8 por ciento de los entrevistados vía el otorgamiento de pensiones, además de brindar protección médica a más del 80 por ciento de los entrevistados.

Una crítica del Estado neoliberal contra las políticas sociales impulsadas por el Estado benefactor es que cuando este último socializa funciones vinculadas a la educación y salud, además de las relacionadas con la atención de niños, viejos e inválidos, provocó que sus proveedores naturales -la familia y la comunidad- se

descomprometieran con estos grupos. En este apartado indagaremos sobre el supuesto descompromiso de la familia respecto a la población envejecida, así como el cúmulo de servicios que está descarga sobre la seguridad social. En este punto describiremos cuál es el papel que desempeña la familia en el proceso de reproducción cotidiana de la población envejecida identificando para esto el monto y el tipo de los recursos que le transfiere.

Dos conceptos resultan claves para el desarrollo de este apartado, el primero es el de hogar, al cual se le concibe como el espacio común compartido entre individuos que se encuentran unido o no por lazos de parentesco. El otro concepto es el de familia, término que trasciende el espacio de convivencia del hogar y que hace referencia a la relación que establece la población envejecida con individuos al que lo unen lazos de parentesco consanguíneos, de afinidad o civil⁴⁷.

Las restricciones operativas de estos conceptos nos plantean dos dimensiones analíticas para el desarrollo de este apartado, en donde la primera nos acerca a los recursos humanos disponibles en el hogar, los cuales se muestran como los recursos directos que potencialmente pueden brindar apoyo a la población envejecida. Por otra parte, disponer de información sobre estructuras de los hogares y número de hijos sobrevivientes nos permiten acercarnos a las fuentes potenciales de apoyo de la población envejecida. Dentro de este marco indagaremos también sobre el papel que desempeña la población envejecida dentro de la estructura jerárquica del hogar, factor

⁴⁷ El parentesco de consanguinidad es el que existe entre personas que descienden de un mismo progenitor, el de afinidad es el que se contrae por el matrimonio, entre el varón y los parientes de la mujeres y entre la mujer y los parientes del varón y, el parentesco civil es el que nace por adopción.

que resulta importante para conocer la percepción que sobre los miembros envejecidos se tiene en el hogar. La segunda dimensión analítica nos la impone el término de familia, la que incorpora el cúmulo de individuos que sin convivir cotidiana y directamente con la población envejecida están contribuyendo en su reproducción a través de transferirle bienes y servicios.

5.1 Estructura del hogar y jefaturas envejecidas

No existe duda respecto al papel central que desempeña la familia como fuente directa de apoyo y bienestar. El contar con una familia numerosa o el residir en un hogar numeroso puede llegar a significar un signo de bienestar para la población envejecida, en tanto que habrá recursos humanos suficientes de los cuales auxiliarse en caso de apremios económicos o por enfermedad. Asimismo este elemento puede permitir que dicha población se desvincule de sus funciones de productor de ingresos fuera del hogar o de productor de servicios al interior del mismo, en tanto que puede descargarlas en otros miembros de la familia.

Los hogares de residencia de la población envejecida se caracterizan por ser relativamente numerosos. Estos están integrados en promedio por 4 miembros, pero los rangos de variación fluctúan entre uno y 16 individuos. La distribución por número de miembros que presentan los hogares es como sigue: se identificó que 4 de cada 5 hogares contaba con tres o más miembros, mientras que casi la mitad de éstos (47.5%) contaba con 5 o más miembros. Los hogares formados por dos miembros

representaron el 20.4 por ciento, mientras los hogares unipersonales fueron el 5.2 por ciento.

Dentro de los hogares integrados por dos miembros, en el 67 por ciento de los casos eran hogares en la etapa del "nido vacío", esto es, son hogares integrados por parejas solitarias. El resto de los hogares integrados por dos miembros, el 19.1 por ciento cohabitaban con un hijo o hija, mientras que el 5.5 por ciento compartida la vivienda con otros parientes y en el 4.3 por ciento de los casos éstos vivían en compañía de sus padres.

La ausencia de miembros en el hogar pudiera ser un factor que posiciona a la población envejecida en una situación de mayor vulnerabilidad, por ejemplo en caso de enfermedades. Una característica de los hogares unipersonales, es que están integrados por mujeres en más del 87 por ciento de los casos, además de que una tercera parte de éstos individuos no cuenta con hijos y el 8.3 por ciento cuenta solamente con uno.

Una factor importante que nos acerca a la relación hogar-familia se observa en el cuadro 5.1 en donde se asocia el tamaño del hogar con el número de hijos sobrevivientes de la población envejecida, aunque esta relación no implica necesariamente que los hijos se encuentren viviendo en el hogar. El cuadro se muestra interesante porque presenta comparativamente como se distribuye, en atención al tamaño del hogar, la población envejecida que no cuenta con hijos. Esta integra el 5.3 por ciento de los hogares con dos miembros, el 4.0 por ciento de los hogares de 3 a 4 miembros y el 3.9 por ciento de los hogares de 8 y más miembros. Los datos

muestran una relación entre el tamaño del hogares y el número de hijos sobrevivientes.

Cuadro 5.1 Estructura del hogar y número de hijos de la población envejecida en el AMM.					
Hijos	solos	dos	3-4	5-7	8 y más
Ninguno	29.2	5.3	4.0	2.1	3.9
Uno	8.3	12.8	6.5	3.5	-
2-4	29.2	38.3	29.8	29.6	18.2
5-7	-	20.2	24.2	24.6	18.2
8 y más	33.3	23.4	35.5	40.1	59.7
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: Encuesta: "Situación actual de las personas de la tercera edad en el área metropolitana de Monterrey, COESPONL, 1992-1993.

La jefatura del hogar es una función que se asocia la más de las veces con toma de decisiones. En el AMM se observa que en poco más del 76 por ciento de los casos analizados la jefatura del hogar se encontró en manos de un individuos que cuenta con 60 años y más. La distribución por sexo nos muestran que de cada 10 hogares jefaturados por individuos mayores de 60 años y más, 3 de éstos son dirigidos por mujeres. Por otra parte se observa que conforme se avanza en edad disminuye la proporción de jefaturas envejecidas debido a que solo el 17.3 por ciento de estos hogares son dirigidos por individuos de 75 años o más.

En el cuadro 5.2 se aprecian algunas diferencias entre las jefaturas femeninas y masculinas respecto a los grupos de edad. Se observa que en los hogares jefaturados por mujeres una mayor proporción de éstos son de individuos menores de 60 años, esto es 17.8 por ciento respecto al 12 por ciento en las jefaturas masculinas. Asimismo se observa que dentro de los jefes que rebasan los 75 años

estos están integrados por hombres en mayor proporción (15.6%).

Edad	Masculina			Femenina		
	60-74	75 y más	Total	60-74	75 y más	Total
Menor de 60	3.1	8.9	12.0	7.8	10.0	17.8
60-74	71.9*	0.5	72.4	67.8*	1.1	68.9
75 y más	-	15.6*	15.6	-	13.3*	13.3

Fuente: Encuesta: "Situación actual de las personas de la tercera edad en el área metropolitana de Monterrey, COESPONL, 1992-1993.
*Proporción de casos en que el sexo y los rango de edad del jefe del hogar coincide con el sexo y el rango de edad de la población entrevistada.

5.2 Relaciones de reciprocidad.

La transferencia de recursos a la población envejecida por parte de la familia se encuentra mediada por una serie de factores de orden subjetivo o simbólicos, en donde el amor, el favor y la reciprocidad están determinando en buena medida el otorgamiento o la transferencias de recursos económico, de servicios, de espacio y de tiempo.

Los esquemas teóricos acerca del intercambio nos muestran como en el ámbito familiar se llevan a cabo un sinnúmero de transacción de bienes y servicios entre los miembros de las distintas generaciones, lo que implica que los miembros envejecidos no sólo aparezcan como demandantes, sino también como proveedores de servicios.

El intercambio o la transferencia de bienes y servicios entre los miembros de la familia tiene varias acepciones, debido a que pueden implicar desde relaciones de convivencia hasta el otorgamiento de recursos monetarios. Para el AMM describiremos

cómo se manifiestan las transferencias de la familia hacia la población envejecida, omitiendo por no disponer de datos, de los bienes y servicios que la población envejecida transfiere al hogar o la familia. Los factores que se consideran en este punto atienden a los nivel de convivencia, los niveles de apoyo, la frecuencia de reunión entre los miembros, además de las donaciones monetarias y la atención en casos de enfermedad. Finalmente describiremos la percepción que tienen los viejos sobre la calidad de atención que reciben de los miembros de la familia.

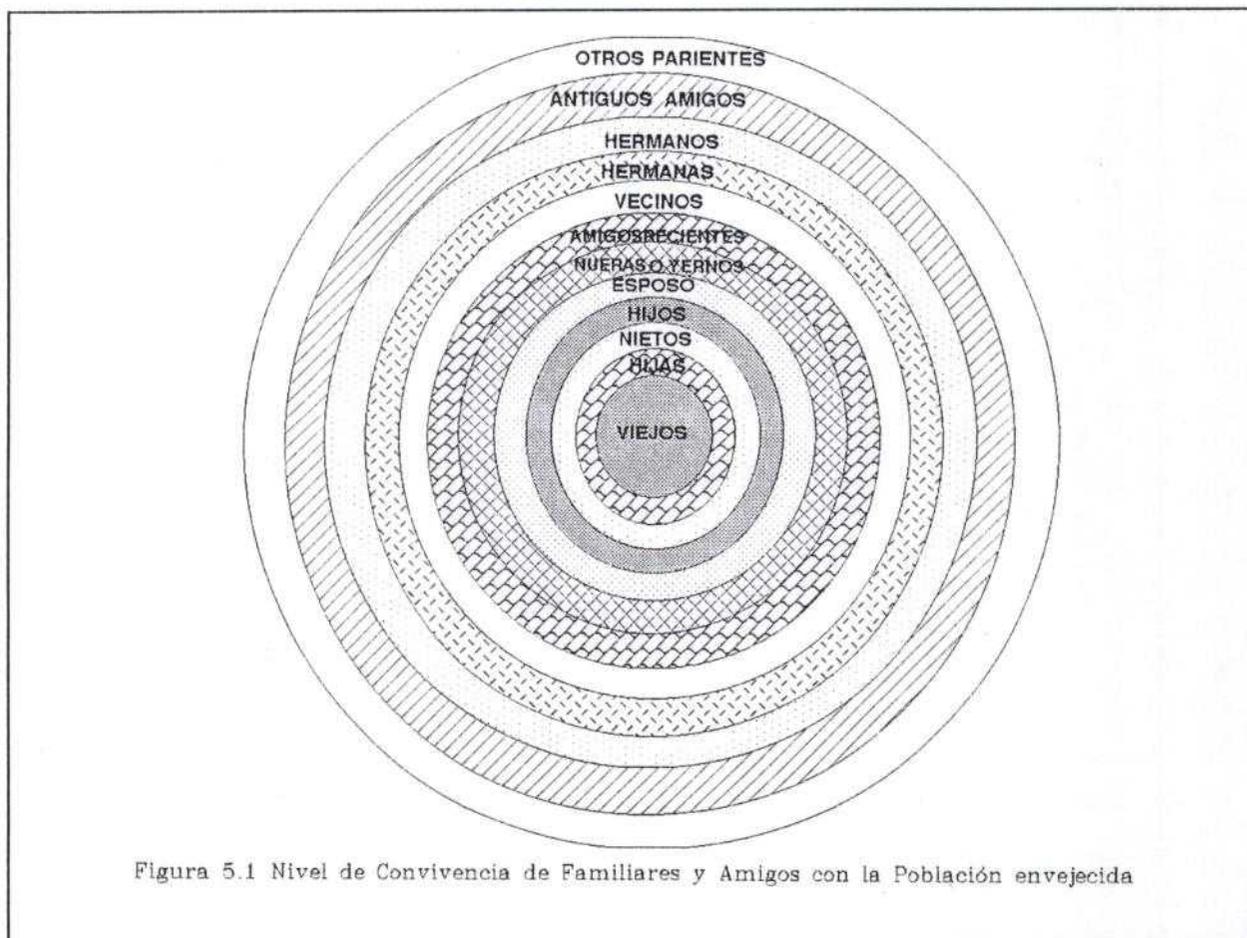


Figura 5.1 Nivel de Convivencia de Familiares y Amigos con la Población envejecida

Los resultados sobre los miembros de la familia con los que la población envejecida mantiene mejor nivel de convivencia y de los que recibe mayor apoyo, permite construir una red con una estructura concéntrica, en donde el eje es la población envejecida y cada anillo se asocia con niveles de relación variados y con miembros específicos de la familia. Según se aprecia en la figura 5.1 y 5.2 existen diferencias en términos del nivel de convivencia y de apoyo que la población envejecida calificó como "buena" respecto a distintos miembros de la familia, que podría estar hablando de niveles de participación y de responsabilidad diferenciados.

El sector femenino parece ser el que mantiene una relación más intensa con esta población, lo anterior se demuestra con el papel preponderante que tienen las hijas dentro de los descendientes y el lugar de las hermanas dentro de los ascendientes⁴⁸. Un ejemplo de lo anterior es que las hijas ocupan el primer lugar tanto en términos de convivencia y de apoyo para los miembros envejecidos. Si este elemento lo comparamos con la relación que se mantiene con el esposo se observa que el nivel de convivencia del entrevistado con su cónyuge lo situó en el cuarto plano en términos de convivencia y en el tercer lugar en relación al nivel de apoyo. Respecto a la relación de los viejos con los hijos varones ésta manifiesta un nivel mayor en términos de apoyo, mientras que en el nivel de convivencia se ve superado por las hijas y nietos. El grupo que integran las nueras o yernos ocupan el mismo lugar en

⁴⁸ Los ascendientes de la población envejecida es la línea que los une con su progenitor o tronco de que procede, tales como los hermanos, mientras que los descendientes es la línea que los une con los que de él proceden, tales como los hijos.

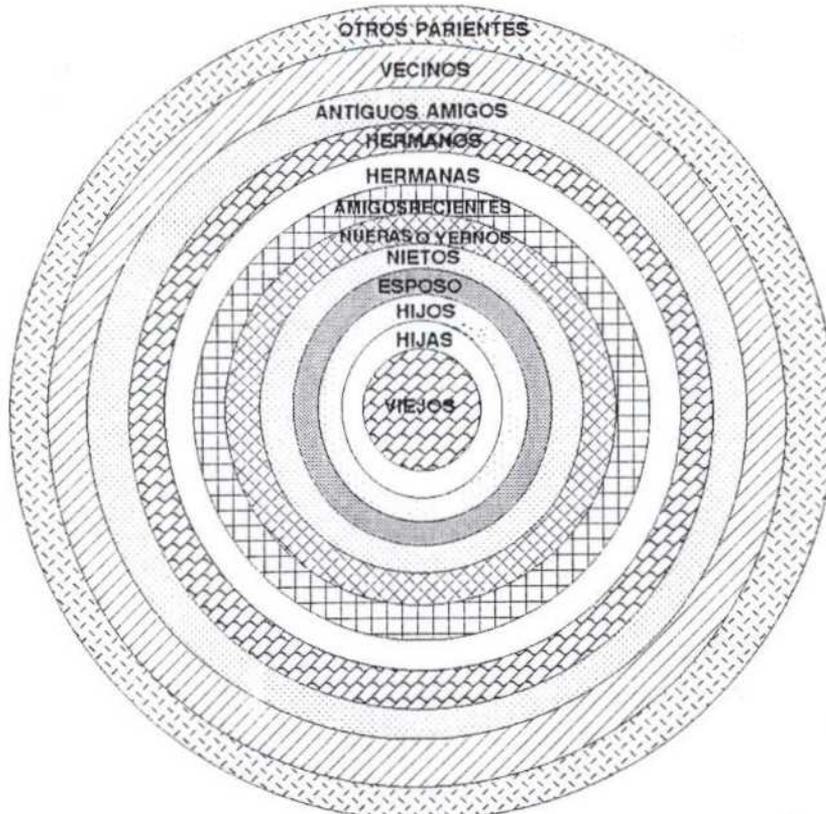


Figura 5.2 Nivel de Apoyo de Familiares y Amigos con la Población Envejecida

la red, aunque se observan ligeros matices en los niveles de calificación otorgados por los miembros envejecidos.

Cuadro 5.3 Nivel de convivencia de familiares y amigos con población envejecida

	Buena	Regular	Mala	n/e	Total
Esposo	87.3	8.3	3.3	1.0	100.0
Hijos	88.0	10.2	0.4	1.4	100.0
Hijas	90.0	7.4	0.7	1.9	100.0
Hermanos	53.3	27.6	15.2	3.8	100.0
Hermanas	56.5	24.3	13.6	5.6	100.0
Nietos	88.8	5.9	1.2	4.1	100.0
Nuera o yerno	79.6	16.8	1.8	1.8	100.0
O. parientes	40.3	25.8	22.6	11.3	100.0
Antiguos amigos	51.4	19.8	20.7	8.1	100.0
Amigos recientes	66.0	12.8	12.8	8.5	100.0
Vecinos	61.7	14.9	6.4	17.0	100.0

Fuente: Encuesta "Situación actual de las personas de a tercera edad en el área metropolitana de Monterrey", COESPONL, 1992-1993.

Como ya observamos existe un buen nivel de convivencia y de apoyo entre la población envejecida y sus hijos, nietos, esposo, nueras y yernos, en donde en más del 80 por ciento de los casos en los que los viejos se relacionaron con este tipo de miembros, se observó un nivel de relación buena (cuadro 5.3 y 5.4). Los niveles de relación sufren cambios significativos conforme se analiza el vínculo de los viejos con los hermanos y otros parientes, en tanto los niveles de convivencia y apoyo considerados por los viejos como "buenos" se da en un 50 por ciento.

La presencia de matices en los niveles de convivencia no sólo se observan entre los parientes de línea ascendiente y descendiente sino también entre los ascendientes y los amigos y vecinos, en donde se observa por ejemplo que el nivel de convivencia y apoyo de los viejos con sus amigos resulta más satisfactoria que la establecida con los hermanos.

Cuadro 5.4 Nivel de apoyo de familiares y amigos con población envejecida.

	Buena	Regular	Mala	n/e	Total
Esposo	89.0	5.3	3.3	2.3	100.0
Hijos	89.8	7.4	0.0	2.8	100.0
Hijas	90.3	6.3	1.1	2.2	100.0
Hermanos	56.0	25.8	13.4	4.8	100.0
Hermanas	58.2	22.6	13.0	6.2	100.0
Nietos	85.7	8.9	1.2	4.2	100.0
Nuera o yerno	79.6	16.8	1.8	1.8	100.0
O. parientes	42.3	20.3	24.4	13.0	100.0
Antiguos amigos	52.3	16.2	24.3	7.2	100.0
Amigos recientes	60.6	16.0	14.9	8.5	100.0
Vecinos	51.1	18.1	13.8	17.0	100.0

Fuente: Encuesta "Situación actual de las personas de a tercera edad en el área metropolitana de Monterrey", COESPONL, 1992-1993.

La convivencia y el apoyo están fuertemente asociados a la frecuencia con que

se reúne la población envejecida con sus familiares. Sobre este punto el cuadro 5.5 nos muestra que esta población se reúne con hijos y nietos en más del 50 por ciento de los casos una o más veces por semanas, mientras que una quinta parte lo hace una o más veces por mes y una proporción similar se reúne una o más veces al año o bien ocasionalmente. Los datos refuerzan algo que ya señalábamos párrafos atrás sobre la relación de la población envejecida con hermanos y otros parientes la cual se da de manera ocasional, mientras que la relación con amigos y vecinos presenta un nivel de intensidad mayor que la que mantienen con los ascendientes.

Cuadro 5.5 Frecuencia de reunión con familiares y amigos						
	hijos	nietos	hermanos	parientes	amigos	vecinos
1 o más p/semana	57.0	53.6	10.0	6.6	29.2	31.1
1 o más p/mes	20.1	22.4	17.7	8.0	18.6	11.2
1 o más p/año	13.4	12.0	23.1	12.8	5.9	6.0
ocasionalmente	7.4	9.4	33.0	31.3	18.6	18.3
nunca	1.6	2.2	14.8	37.2	25.7	30.7
n/e	0.5	0.5	1.4	4.2	2.0	2.8

Fuente: Encuesta "Situación actual de las personas de a tercera edad en el área metropolitana de Monterrey", COESPONL, 1992-1993.

5.3 Transferencias económicas y de servicios .

En el capítulo anterior observábamos como el monto de los ingresos de la población envejecida se muestran escasos, mientras que sus fuentes se restringen fundamentalmente a las percepciones que recibe por salarios y pensiones. En el cuadro 4.7 se mostró que la proporción de población que percibía recursos económicos derivados de donativos y de "otras" fuentes era del 0.4 y 3.7 por ciento

respectivamente. El monto y el origen de los ingresos de la población envejecida nos muestran en apariencia que no existe un flujo directo y continuo de recursos económicos de la familia hacia este grupo.

Los datos que hacen referencia a la demanda de transferencias económicas y de servicios por parte de la población envejecida en el ámbito familiar se expresan en los cuadros 5.6 y 5.7, en donde el primero nos muestra la proporción de entrevistados que han recurrido a distintos miembros de la familia o amistades cuándo han necesitado dinero, mientras que el segundo refleja la proporción de individuos que reciben o recibieron atención de familiares y amigos por enfermedad. Respecto a la información vertida en estos cuadros es importante señalar que cada dato muestra la relación particular que establecen los entrevistado con familiares o amistades.

Cuadro 5.6 Transferencias económicas a la población envejecida por parte de familiares y amigos.							
	Masc.	Fem.	Viejos	G. viejos	Activos	Inactivos	Total
Esposo	1.5	14.2	11.2	1.0	2.1	10.7	8.9
Hijos	45.4	56.6	52.2	50.5	34.4	56.4	51.8
Hermanos	1.5	3.7	3.1	1.9	3.1	2.7	2.8
Nietos	1.0	2.6	2.0	1.9	1.0	2.2	2.0
Otros familiares	3.1	3.7	3.4	3.8	5.2	3.0	3.5
Amigos	5.7	2.2	3.9	2.9	7.3	2.7	3.7
Vecinos	0.5	1.9	1.7	0.0	1.0	1.4	1.3
Otros	6.7	2.6	5.1	1.9	8.3	3.3	4.3
Instituciones	13.9	3.7	9.6	2.9	13.5	6.6	8.0
Nunca ha necesitado	18.0	13.9	14.3	20.0	22.9	13.7	15.6

Fuente: Encuesta "Situación actual de las personas de la tercera edad en el área metropolitana de Monterrey" COESPONL, 1992-1993.

Según muestra el cuadro 5.6, el 51.8 por ciento de los entrevistados señaló que cuando han necesitado dinero han buscado apoyo en sus hijos, solo el 8.9 se apoyo en su cónyuge, mientras que el 8.0 recurrió ha alguna institución. Asimismo se

observa que solo un 15.6 por ciento señaló que nunca se ha encontrado en esta situación. Algunos de los atributos de quienes han demandado transferencias económicas en situaciones específicas son que la población masculina han acudido en busca de dinero en una proporción menor a sus hijos (45.5%) respecto a la población femenina (56.6%). Asimismo se observa que tan solo el 14.2 por ciento de las mujeres se apoyaron en sus cónyuges en una búsqueda por solucionar sus apremios económicos. Por otra parte se observa que solo el 18 por ciento de los hombres nunca han demandado a parientes y amigos recursos económicos, situación en la que se ha encontrado solo el 13.9 por ciento de las mujeres. Finalmente se observa que tanto la categoría de envejecimiento como la condición de actividad denotan que los que demandaron ingresos a sus hijos en una proporción mayor fueron los viejos (52.2%) y los inactivos (56.4%).

Cuadro 5.7 Atención a enfermos envejecidos por parte de familiares y amigos.

	Masc.	Fem.	Viejos	G. viejos	Activos	Inactivos	Total
Esposo	75.3	27.0	50.0	38.1	68.8	41.6	47.3
Hijos	65.5	73.8	68.5	76.2	59.4	73.2	70.3
Hermanos	4.6	9.0	7.9	4.8	9.4	6.6	7.2
Nietos	9.8	15.0	10.7	20.0	7.3	14.2	12.8
Otros familiares	10.3	11.2	9.6	15.2	6.3	12.1	10.8
Amigos	5.7	6.7	7.3	2.9	5.2	6.6	6.3
Vecinos	4.1	7.5	6.7	3.8	1.0	7.4	6.1
Otros	1.5	3.7	3.1	1.9	3.1	2.7	2.8
Nunca ha necesitado	6.2	12.4	11.2	4.8	4.2	11.2	9.8

Fuente: Encuesta "Situación actual de las personas de la tercera edad en el área metropolitana de Monterrey" COESPONL, 1992-1993.

La demanda de atención por motivos de enfermedad presenta porcentajes

mayores para los distintos miembros de la familia, lo cual está reflejando una mayor participación de la familia en la atención en casos de enfermedad a la población envejecida. El cuadro 5.6 muestra altos porcentajes de participación de los hijos (70.3%) de los cónyuges (47.3%) de los nietos (12.8%) y de otros familiares (10.8%). El cuadro refleja claramente como en caso de enfermedad la familia hace uso de todos los recursos humanos disponibles. Por ejemplo se observan algunas ligeras diferencias entre hombres y mujeres respecto a los miembros en que se apoyan cuando se encuentran enfermos, tan solo hay que observar que el 75.3 por ciento de los hombres demanda atención del cónyuge, cifra que solo es del 27.0 por ciento entre las mujeres. Este hecho refleja con mucha claridad como las mujeres participan más en las funciones relacionadas a la atención a enfermos. A pesar de que el dato anterior no elimina a las mujeres cuya condición civil es la viudez, lo que reduce la presencia de cónyuges disponibles para brindar atención, la información si muestra que a pesar de que más del 50 por ciento de las mujeres se encuentran casadas o unidas solamente una cuarta parte de estas han sido atendidas por su cónyuge. Los hijos nuevamente son los que han atendido en mayor proporción a sus padres por motivos de enfermedad, aunque se observa que en este rubro se intensifica la participación de los nietos.

La categoría de envejecimiento nos muestra como el 76.2 por ciento de los grandes viejos han demandado atención a sus hijos por razón de salud, situación que refleja un nivel menor para el caso de los viejos. La demanda de atención de los grandes viejos respecto a los nietos y otros familiares muestran niveles mayores de

demanda de atención que la que manifiestan los viejos. El caso de la demanda de atención a los cónyuges en este caso resulta significativamente menor, lo que puede ser explicado por la mayor proporción de individuos sin pareja.

El análisis de las diferencias entre la demanda de recursos económicos y de servicios en caso de enfermedad resulta revelador respecto a que solamente el 15.6 por ciento de la población entrevistada no tuvo que recurrir al auxilio económico de familiares o amigos en casos de emergencia. Este hecho refleja que la mayoría de la población envejecida está demandando en alguna medida recursos económicos a otros miembros de la familia. En este punto se observa que el 50 por ciento de los entrevistados que demandaron recursos económicos lo solicitaron a sus hijos. La demanda de atención por motivos de enfermedad muestra mayor intensidad entre los miembros envejecidos y la familia, debido a que solamente un 9.8 por ciento no ha tenido que solicitar ayuda a familiares o amigos, mientras que los que recibieron atención por motivos de salud de parte de sus hijos fueron casi 3 de cada 4 entrevistados.

Un último factor por considerar está vinculado a la percepción que tienen los miembros envejecidos sobre la calidad de la atención que están recibiendo de la familia y sus amistades. La calidad de atención se observa en el cuadro 5.8 y ésta es considerada por la población envejecida del AMM en términos generales como buena y muy buena, debido a que en más del 80 por ciento de los casos fue calificada de esta manera. La percepción sobre la calidad de la atención entre sexos manifiesta algunas diferencias entre sexos, debido a que el 16.9 por ciento de las mujeres

envejecidas consideran que reciben una atención regular. Las diferencias que por sexo pudieran hablar de niveles de atención variados hacen necesario realizar análisis más específicos que nos permitan identificar una relación entre calidad de atención regular o mala con factores tales como mayor demanda de servicios por formar parte del grupos de los grandes viejos, por mayor enfermedad o por vivir en un hogar unipersonal, condiciones éstas que son mayormente femeninas.

Cuadro 5.8 Calidad de atención prestada por parte de familiares de acuerdo al sexo de la población envejecida		
	masculino	femenino
muy buena	41.8	34.8
buena	47.4	47.2
regular	9.3	16.9
mala	1.0	0.4
n/e	0.5	0.7
Total	100.0	100.0

Fuente: Encuesta "Situación actual de las personas de a tercera edad en el área metropolitana de Monterrey", COESPONL, 1992-1993.

Los datos hasta aquí vertidos nos permiten concluir que la familia está teniendo un papel determinante en el proceso de reproducción cotidiana de la población envejecida, y que si bien no está transfiriendo recursos de manera directa, en tanto que no se observa que exista un flujo monetario continuo vía donaciones, si se identifica que ésta está contribuyendo en casos de necesidad a solventar las demandas materiales y sentimentales de los miembros envejecidos. Sobre este punto es relevante el papel que están desempeñando los hijos como los principales proveedores de dinero y de servicios. La presencia de familias numerosas es uno de los factores que en el corto y mediano plazo estarán garantizando a la población envejecida dispone de recursos humanos y económicos que le garanticen vivir la edad

avanzada con cierta protección.

VI. Seguridad social y transferencias económicas y de servicios.

El carácter "restringido" que manifiesta la seguridad social con el Estado benefactor implicó el desarrollo de servicios de salud de cobertura limitada y de acceso diferenciado, así como el otorgamiento de beneficios económicos inequitativos y escasos. En este apartado describiremos como se expresan dichas características en las instituciones de seguridad social del AMM, en el marco de los beneficios económicos y de servicios que otorgan a la población envejecida.

6.1 Instituciones de salud

La población envejecida ha arribado a una faceta de su vida en donde disponer de servicios de salud se ha vuelto una necesidad impostergable. Tan sólo baste señalar que casi 3 de cada 5 individuos envejecidos del AMM manifestaron haber padecido alguna enfermedad en el mes anterior al período de levantamiento de la información. El derecho a la salud aparece como un elemento indispensable en tanto que está determinando junto con otros factores -vivienda, alimentos, vestido, atención- la calidad de vida de la población envejecida. El no disponer de servicios de salud, puede manifestarse en un momento determinado como un factor de marginación. Por ejemplo en algunas familias puede presentarse la disyuntiva entre disponer de los recursos económicos para cubrir las necesidades médicas de los viejos o el utilizarlos para satisfacer otras necesidades igualmente apremiantes y que

involucran a la totalidad de los miembros del hogar.

En el cuadro 6.1 presentamos lo que la encuesta detectó como los sistemas de salud de mayor cobertura y sus beneficiarios, además de la proporción de población que los utiliza y la que se encuentra excluida de todo servicio. Una consideración que resulta pertinente hacer sobre la información vertida en éste cuadro, es que los datos manifiestan la relación de los individuos respecto a cada sistema de salud, lo que significa que algunos de éstos pueden ser derechohabientes a más de un sistema, o bien acuden a solicitar atención de manera combinada a distintas instituciones.

No cabe duda que el IMSS se presenta como la institución de salud que cuenta con el mayor número de afiliados, siguiéndoles en importancia el ISSSTE y después el conjunto de las "otras" instituciones. Pero la pertenencia a determinada institución de salud manifiesta cierto desfase respecto al lugar donde están demandado atención médica. Por ejemplo se observa que dentro de la población activa, el 70.8 por ciento estaba afiliada al IMSS, pero solamente un 85.3 por ciento de sus afiliados se atendía en dicha institución (60.4 %). Sobre los inactivos pensionados o jubilados con derechohabencia a esta institución, se observa que mientras el 85.1 por ciento están afiliados al IMSS, estos servicios son utilizados por el 92.1 por ciento (78.4%). Respecto a los inactivos no pensionados se atiende al 57.4 por ciento en el IMSS aunque los afiliados integran el 65.3 por ciento.

La derechohabencia y lugar de atención manifiestan proporciones similares para el conjunto de las instituciones observadas, aunque se observan algunas inconsistencias. Por ejemplo los activos afiliados al ISSSTE resultan ser menores (6.3

%) que los que son atendidos (7.3 %), situación similar se manifiesta en la opción "otros" en donde se observa un desfase mayor. En el caso de los datos del ISSSTE podemos estar ante un problema de captación de información que reportó una demanda mayor del servicio que la población derechohabiente. Pero en el caso de la opción "otros" la inconsistencia puede ser resultado de estar comparando dos preguntas que concentran un número indeterminado de instituciones de salud, en donde las primeras hacen referencia a centros que otorgan derechohabiencia, mientras que las segundas incluyen cualquier institución de salud.

La información sobre la población excluida de servicios de salud y los posibles espacios de atención a la salud disponibles, muestran al centro de salud y la medicina particular como las opciones con mayor peso relativo. En este punto se observa que carecen de servicios de salud el 16.7 por ciento de los activos, el 22.3 por ciento de los inactivos no pensionados y solamente el 1.4 por ciento de los inactivos pensionados. Los usuarios del Centro de Salud son en mayor proporción los inactivos no pensionados (6.2%), grupo en el que se localiza la mayor proporción de población sin derecho a servicios de salud. En este punto se observa que el 1.4 por ciento de los jubilados y pensionados están demandando estos servicios. Por otra parte, se identifica que entre los usuarios de la medicina privada estos son en mayor proporción la población activa (31.3%), siguiéndole en importancia los inactivos-no pensionados (30.6%), aunque también un sector de los jubilados y pensionados (16.2%) están demandando este tipo de servicios médicos.

Cuadro 6.1 Derechohabientes a subsistemas de salud, población excluida y lugar donde acuden a recibir atención.

<i>Derechohabientes</i>	IMSS	ISSSTE	ISSTELEON	Universidad	Otras	Ninguno	
Activos	70.8	6.3	1.0	2.1	5.2	16.7	
Pensionados o Jubilados.	85.1	6.8	-	1.4	1.4	1.4	
No pensionados	65.3	3.8	1.0	0.7	5.8	22.3	
<i>Acuden</i>	IMSS	ISSSTE	ISSSTELEON	Universidad	Otras	Centro de salud	Particular
Activos	60.4	7.3	1.0	1.0	10.4	3.1	31.3
Pensionados o Jubilados	78.4	6.8	-	1.4	2.7	1.4	16.2
No pensionados	57.4	3.8	1.0	0.7	4.8	6.2	30.6

Fuente: Encuesta. "Situación actual de las personas de la tercera edad en el área metropolitana de Monterrey". COESPONL, 1992-1993.

Los datos anteriores son muy ilustrativos respecto a cómo la población envejecida está utilizando los servicios de salud, en la medida que muestra cómo el ser derechohabiente no garantiza la utilización de los servicios, o bien los casos en los que el no disponer de servicio de salud puede implicar que se haga uso de la opción más costosa, como la derivada de la medicina privada, opción a la que acuden el 28.4 por ciento de los entrevistados.

La relación que se observa entre ser derechohabiente de ciertos servicios de salud y nivel de utilización del servicio, puede estar directamente vinculada a la percepción sobre calidad de atención o bien al problema de la accesibilidad de los servicios, factores que no fueron captados por la fuente de información utilizada.

El punto sobre la accesibilidad se vuelve un factor que debe considerarse de manera importante en el análisis de la población envejecida, en razón del incremento en la intensidad de la relación con los servicios de salud, resultado del aumento en la frecuencia de la enfermedad y en la severidad de las mismas. En este punto es

relevante la función que algunos miembros de la familia tienen, los que probablemente deberán incorporar dentro de sus tareas cotidianas el acompañar a la población envejecida a recibir atención médica en caso necesario.

6.2 Sistema previsional

Otros de los beneficios al que puede aspirar la población envejecida como resultado de los derechos sociales proveídos por el Estado benefactor son las pensiones. Para los viejos el estar pensionado implica el poder disponer de recursos económicos propios que le permitan mantener o adquirir cierto nivel de independencia respecto a otros miembros del hogar, además de poder contribuir económicamente en el sostenimiento del mismo.

Como ya señalábamos existen restricciones para el otorgamiento de pensiones económicas, las que son asignadas a personas que han cotizado determinada cantidad de semanas a la seguridad social a través del trabajo asalariado, por lo que quedan excluidos de dicho beneficio la creciente población no asalariada y los inactivos permanentes.

La comparación entre población pensionada versus la no pensionada muestra que la primera goza de mayor número de ventajas. Algunos de estos beneficios nos hablan de menores niveles de población desprotegida de atención médica - 1.4% población no derechohabiente-, así como de proporciones mayores de individuos que perciben ingresos.

Como se puede apreciar en el cuadro 6.2 existen importantes diferencias en el monto de los ingresos de la población envejecida pensionada versus la no pensionada. Tan solo baste decir que el número de individuos que no recibe ninguna forma de ingreso dentro de los no pensionados es del 68.6 por ciento, contra el 0.9 por ciento en los pensionados. En relación al monto total percibido, también se observan diferencias. Dentro de la población que alcanzan los ingresos mayores el 6.8 por ciento es no pensionados proporción que casi se duplica para los pensionados, en donde el 13 por ciento tienen un ingreso mensual total superior a los mil nuevos pesos. Pero los ingresos de los pensionados tienen un valor modal que fluctúa entre los N \$300 y los menos N \$400 mensuales, por lo que casi 2 de cada 5 pensionados tienen este ingreso. Aunque la proporción se amplía a más del 50 por ciento en el rango de N \$200 a menos N \$400.

Las supuestas ventajas de las que gozan los pensionados se reducen cuando se piensa en el conjunto de la población envejecida entrevistada en el AMM, debido a que tan solo el 23.2 por ciento de ésta disfrutan de los beneficios de una pensión⁴⁹, los que a su vez, reciben compensaciones variadas, aún a pesar de que sus necesidades pueden ser similares, sobre todo en lo relativo a sus condiciones de salud y a la demanda de atenciones.

⁴⁹ Resulta relevante señalar que según la información censal de 1990, el estado de Nuevo León además de ser el primer estado de la República que tiene la mayor proporción de población de 60 años y más fuera del mercado de trabajo, lo que lleva a que la tasa de participación económica sea de 22.0 contra el 24.5 del Distrito federal y 28.6 del total nacional, es el tercero respecto a la proporción de población jubilada y pensionada, misma que es del 24.0 por ciento, en donde sólo es rebasada por Yucatán y el Distrito Federal con el 24.2 y el 27.9 por ciento respectivamente, mientras que el promedio nacional nos habla que solamente el 15.1 por ciento de la población de 60 años y más en el país se encuentran jubilados o pensionados (INEGI, 1993:41-42).

Cuadro 6.2 Ingreso mensual total población envejecida pensionada y no pensionada (nuevos pesos).

	pensionados	no pensionados
Ninguno	0.9	68.6
-100	1.9	3.7
100-200	0.9	2.5
200-300	14.0	4.0
300-400	39.3	3.7
400-500	5.6	2.0
500-600	8.4	2.0
600-700	3.7	2.0
700-800	2.8	2.0
800-900	5.6	1.7
900-1000	3.7	1.1
1000-1500	5.6	3.4
1500-2000	0.9	1.7
2000-5000	3.7	1.1
5000 y más	2.8	0.6
Total	100.0	100.0

Fuente: Encuesta "Situación actual de las personas de la tercera edad en el área metropolitana de Monterrey", COESPONL, 1992-1993.

Otros factores que nos permiten analizar más de cerca a la población pensionada y las aparentes ventajas que disfrutan es lo relativo a su condición de actividad y a la percepción que sobre el monto de sus ingresos tienen. El cuadro 6.3 nos muestra un 18.7 por ciento de los pensionados que se declaró como activo. Respecto a su percepción sobre el nivel de suficiencia del monto total de sus ingresos se observa que solamente el 29 por ciento de los pensionados considera que sus ingresos totales son suficientes para satisfacer sus necesidades, mientras que en los no pensionados dicha proporción es del 37.7 por ciento. El cuadro 6.4 nos muestra para el conjunto de la población que el 71 por ciento de la población envejecida del AMM considera que sus ingresos están siendo insuficientes para satisfacer sus necesidades.

Cuadro 6.3. Población pensionada por condición de actividad.

Edad	activo	inactivo
60-74	18.7	62.6
75 y más	0.0	20.8
Total	18.7	83.4

Fuente: Encuesta "Situación actual de las personas de la tercera edad en el área metropolitana de Monterrey", COESPONL, 1992-1993.

Dentro de todo lo subjetivo que implica hablar de necesidades en individuos tan diversos, resulta necesario observar que la población envejecida no esta percibiendo ingresos, o bien esta ha visto disminuir sus ingresos conforme transcurre el tiempo, situación que ha generado que, por ejemplo, la población masculina deje de transferir recursos a sus compañeras, obligando a que acudan a los hijos en busca de ayuda.

Cuadro 6.4 Población envejecida pensionada de acuerdo al nivel de suficiencia en sus ingresos (nuevos pesos).

	suficientes	insuficientes
Ninguno	0.9	-
-100	-	1.9
100-200	-	0.9
200-300	2.8	11.2
300-400	5.6	33.6
400-500	1.9	3.7
500-600	4.7	3.7
600-700	2.8	0.9
700-800	1.9	0.9
800-900	1.9	3.7
900-1000	-	3.7
1000-1500	3.7	1.9
1500-2000	0.9	-
2000-5000	0.9	2.8
5000 y más	0.9	1.9
Total	29.0	71.0

Fuente: Encuesta "Situación actual de las personas de la tercera edad en el área metropolitana de Monterrey", COESPONL, 1992-1993.

En el AMM se observa que la condición de pensionado ofrece un cierto nivel de garantías, las que están asociadas básicamente a la población masculina, a la presencia de antecedentes laborales y sobre todo a la población "vieja". La combinación de este conjunto de cualidades atienden a la presencia masculina en el sector industrial regiomontano y la casi nula participación femenina en las actividades económicas en generaciones pasadas y al establecimiento y desarrollo de instituciones sociales bajo la tutela del Estado benefactor.

VII. Conclusiones.

Este último apartado busca recapitular los hallazgos más significativos sobre el envejecimiento y su vínculo con las políticas sociales y la familia. Asimismo se vierten una serie de consideraciones sobre cómo se desarrolla el proceso de reproducción cotidiana de la población envejecida en el contexto del AMM.

1. Se observan dos marcos analíticos que permean los estudios sobre envejecimiento. Un enfoque, el demográfico define el envejecimiento de la población atendiendo a la evolución de sus componentes y al impacto que éstos ejercen sobre las estructuras de población. En este enfoque la edad cronológica aparece como el elemento conceptual básico. El otro enfoque, el social, enfatiza en el carácter multidimensional del fenómeno, por lo que hace énfasis en elementos más cualitativos, en donde al factor edad se le integran condiciones de vida y niveles de salud entre otros. Se identificó la presencia de una gran variedad de enfoques y esquemas interpretativos. En el contexto de América Latina se observan el desarrollo de estudios que atienden a ciertas áreas temáticas y niveles analíticos, en donde la salud, la seguridad social, el empleo y la familia aparecen como los temas de mayor relevancia. En los niveles de investigación se identifican estudios de corte descriptivos, normativos e interpretativos. Los estudios descriptivos están permitiendo identificar la existencia de regularidades sobre el envejecimiento, además de dar matiz a las diferencias existentes entre los grupos de edad, sexo e ingresos. Respecto al análisis

normativo, éste tiene una dimensión macrosocial en tanto considera la estructura societal en la que vive la población envejecida y describe como dicha población se interrelaciona con las instituciones sociales. El análisis interpretativo posee una dimensión micro, en donde lo social se define a través de los diversos contextos donde los individuos envejecidos se relacionan, dichos ámbitos pueden ser lo laboral, lo familiar, etc. Algunos ejemplos de este último enfoque son la teoría del intercambio y el ciclo de vida.

2. Las características que aparecen como relevantes al fenómeno de envejecer son la calidad de vida, niveles de salud, edad y género. En donde la calidad de vida y los niveles de salud están vinculados a los ingresos de la población envejecida, esto es, a la manera de obtenerlos y de gastarlos. En este punto se observa el peso de los condicionantes sociales sobre los factores biológicos en la definición de los niveles de salud y de calidad de vida.

Existe consenso sobre la relación que existe entre edad, nivel de salud y envejecimiento. Lo anterior se expresa en la disminución de las capacidades físicas y mentales que experimentan algunos individuos imposibilitándolos para el desempeño de ciertos roles sociales. Lo anterior lleva a identificar "umbrales" o niveles de transición al envejecimiento, en donde la edad cronológica es la expresión directa de factores cualitativos que manifiestan la presencia de ciertos niveles de salud y de dependencia.

El género aparece como una categoría social que trasciende los análisis por sexo

y que contribuye a la comprensión de lo masculino y lo femenino como resultado de formas de socialización diferenciadas lo que permite la identificación de una "identidad de género".

3. En México con el desarrollo del Estado del Bienestar se impulsaron una serie de reformas de política social con las que se otorgaban derechos universales a la sociedad mexicana. El otorgamiento de los beneficios derivados del establecimiento de la seguridad social tuvieron un carácter "restringido", debido fundamentalmente a lo limitado de su cobertura, la inequidad en los servicios que ofrece no solo a nivel regional, sino entre grupos sociales, además de no otorgar protección a los trabajadores en casos de desempleo.

4. A partir de la década de los ochenta se observan cambios en materia de política social como resultado del establecimiento del Estado neoliberal. El neoliberalismo surge como un esquema político-económico que se contrapone al Estado benefactor y que pretende hacer más selectivo y restringido la transferencia de los recursos estatales a la población. En este marco se observan cambio en materia de salud y seguridad social que se expresan en lo siguiente:

i) Se observa que la inversión en materia de salud está buscando fortalecer a las instituciones que atienden a población abierta, mientras por otra parte, se contrae el gasto en las instituciones de salud orientadas a población trabajadora. Con esto se observa un proceso de transferencia de los pobres a los más pobres, en donde, una

disminución del gasto público al IMSS le significa un incremento en los ingresos a las instituciones dependientes de la Secretaría de salud.

ii) El IMSS ha tenido que ampliar su cobertura de atención, lo que no le ha significado un incremento en la inversión pública, por lo que es posible esperar una mengua en la calidad de los servicios prestados.

iii) Se propone mercantilizar lo más posible los bienes sociales, es decir transferir al ámbito de lo privado la producción y administración de los satisfactores sociales dejando que estos se regulen por la lógica del mercado. En este punto se observa como algunos patrones y organizaciones sindicales están recurriendo a la subcontratación de servicios privados de salud, tales como seguros de gastos médicos mayores o pensiones complementarias por vejez.

iv) Se observa que en las últimas décadas los servicios médicos privados experimentan un repunte económico, que los sitúa como los generadores de más de la mitad de producto nacional de los servicios de salud producidos en el país, esto a pesar de su reducido nivel de cobertura.

5. Algunas de las repercusiones que sobre la población envejecida pudieran tener los cambios en materia de salud y seguridad social son:

a) Las instituciones públicas de salud cuentan con una infraestructura médica orientada básicamente a la atención de niños y mujeres embarazadas, resultado de las tendencias demográficas pasadas. La reducción del gasto público en materia de salud permiten prever que las instituciones públicas de salud no contarán con los recursos

económicos suficientes para generar o adecuar la infraestructura a la demanda creciente de servicios que traerá la futura epidemia de enfermedades crónicas e incapacitantes propias de la población envejecida.

b) Paralelamente al desmantelamiento que experimenta la seguridad social, se observa un desarrollo creciente y modernizante de la medicina privada, la cual no solo se fortalece en términos económicos, sino además en el perfil de especialización de sus recursos humanos y en la introducción de tecnología adecuada a la demanda del mercado.

c) El desmantelamiento de la seguridad social puede tener serias repercusiones sobre la economía de los individuos y sus familias, debido a que algunos de estos deberán utilizar sus recursos económicos o los de otros miembros de la familia en la búsqueda de servicios de salud en la medicina privada, con el consiguiente deterioro de los recursos familiares. Por otra parte, resulta importante prever que el grueso de la población envejecida acudirá a la seguridad social como la única opción de salud disponible, en términos de costos de atención, por lo que dichas instituciones deberán atender con recursos escasos una población creciente, no solo en términos de volumen, sino en la calidad de la atención que demandan.

6. Polemizar sobre los factores negativos o positivos intrínsecos al desarrollo del Estado benefactor resulta poco pertinente en el marco de cuál debe ser la función del Estado respecto a la sociedad civil. El reorientar la política social básicamente a la atención de los grupos marginados y el buscar el fortalecimiento de ciertos grupos

económicos en el país en un intento por salir de la crisis. ¿Está esto implicando un descompromiso del Estado con el resto de la población?

Habría, por otra parte, que preguntarse si estas acciones están implicando una distribución más equitativa de los recursos, o más bien están contribuyendo en ampliar la brecha entre ricos y pobres a la par que un mayor número de individuos se incorpora a este último grupo.

El incremento de la inversión pública en las instituciones de salud orientadas a población abierta y la reducción de dicha inversión al IMSS. ¿Implica acaso una acción política que otorga mayor justicia a los más necesitados? ¿Es la población trabajadora afiliada al IMSS un grupo económico y socialmente privilegiado? Es posible que dentro de las acciones orientadas a desmantelar el Estado benefactor, la reducción al presupuesto del IMSS, contribuirá indirectamente a deteriorar aún más los niveles de atención a la salud, lo que podría servir como fundamento para que en un futuro no muy lejano se privatizaran algunos de sus servicios.

7. La población envejecida del estado de Nuevo León presenta algunas cualidades que la distinguen de otros estados de la República y del promedio nacional, en tanto la población envejecida de esta zona presenta las tasas de participación económica más baja a nivel nacional, además de ocupar el tercer sitio con los niveles más altos de pensionados y jubilados. El AMM es, en mucho, la expresión de lo que acontece a nivel estatal, debido a que concentra más de las tres cuartas parte de la población total del estado.

8. La población envejecida del AMM se muestra en poco más de la mitad como un consumidor de bienes más que como productor de ingresos. La inactividad, la edad avanzada y el ser mujer está directamente vinculada a este hecho. La dependencia económica en la que se encuentran más de la mitad de la población envejecida nos permite identificar a la familia como la instancia de apoyo más importante en el proceso de reproducción cotidiana de la población envejecida. La condición de productor de ingresos esta directamente relacionado a los antecedentes laborales de los individuos, por lo que su permanencia en el mercado de trabajo y el disponer de pensión aparecen como los factores principales que permiten a esta población disponer de recursos económicos. La condición de activo y la percepción de una pensión económica se manifiesta como una cualidad casi exclusivamente masculina.

9. Los datos resultan muy ilustrativos respecto al papel de la familia como fuente principal de apoyo a la población envejecida. Las características de los recursos transferidos nos muestran la presencia de un escaso flujo de recursos económicos, situación que se modifica cuando observamos el nivel de participación de los miembros de la familia en la prestación de servicios.

Primeramente, se observa que la transferencia directa de recursos económicos hacia la población envejecida por parte de los miembros de la familia es casi inexistente, situación ésta, que no implica que la familia indirectamente esté transfiriendo todo tipo de bienes. Una situación similar puede estarse presentando entre los miembros envejecidos en donde el no disponer de ingresos no significa que

dichos miembros no estén contribuyendo de alguna manera en el proceso de reproducción cotidiana de otros miembros del hogar.

10. Por otra parte se identifica que la prestación de servicios o la atención que por motivos de enfermedad se otorga a la población envejecida esta directamente asociada a la presencia de descendencia, cónyuges o nietos. El punto relativo a la transferencia de servicios nos muestra como todos los miembros de la familia están participando en mayor o menor medida, así como también se observa como la población envejecida demandó mayores atenciones de parte de sus hijos, nietos y otros familiares conforme el individuo manifestó contar con mayor edad. En este punto se sabe que una proporción importante de la población que quedo excluida de la encuesta fue por motivo de incapacidad para contestar. En este punto sería muy revelador en próximas encuestas poder controlar dichos factores, lo cual nos permitiría presentar datos más precisión sobre la relación existente entre envejecimiento, salud y grandes viejos.

Dos factores habría que considerar respecto al papel de la familia como fuente de apoyo a la población envejecida. El primero de éstos está vinculado a la posible relación que existe entre hogares numerosos y mayor intensidad de convivencia y apoyo, situación que tenderá a sufrir modificaciones importantes en el futuro mediano, sobre todo para algunos grupos sociales, por los descensos tan acelerados en los niveles de fecundidad. El segundo punto es la participación que están teniendo ahora las mujeres. Este elemento resulta notable porque permite prever el grupo social sobre

el cual recaerá de manera más directa la responsabilidad de atender a la población envejecida.

11. Una consideración más sobre la familia y su nivel de compromiso, es que con el establecimiento del Estado del Bienestar en apariencia la familia no se desentendió totalmente de sus responsabilidades, por lo menos no respecto al cuidado de la población envejecida. Algunas evidencias de esto, es que ésta está transfiriendo recursos a más de la mitad de los entrevistados del AMM, esto sin considerar la población cuyos ingresos económicos son limitados. La reproducción cotidiana de la población envejecida se da en el marco de la diversidad de bienes y servicios que confluyen en el hogar vía aportaciones de los miembros que ahí residen, o por los que transfieren individuos que guardan una relación de parentesco o amistad y que residen fuera de éste.

Estos elementos podrían estar dejando fuera de la discusión lo que el neoliberalismo identifica como el descompromiso de la familia y la comunidad hacia los grupos más vulnerables de la misma, -niños, viejos y enfermos-.

No resulta raro prever que la familia deberá ser nuevamente quien absorba los costos del desmantelamiento del Estado benefactor, como tampoco resultará extraño predecir que la contribución del capital como prestador de beneficios que tiendan a elevar los niveles de vida de la población en general, solo se darán dentro de la lógica del mercado. La familia deberá entonces acudir al mercado en busca de los satisfactores que antes de manera restringida e inequitativa ofreció el Estado

benefactor y deberá naturalmente pagar los costos "razonables" que el mercado imponga.

12 . Algunos de los factores que pudieran estar contribuyendo a disminuir la calidad de vida de la población envejecida del AMM está vinculado a la presencia de enfermedades y a los niveles de población desprotegida de servicios médicos. La ausencia de servicios de salud, en un contexto donde 3 de cada 5 individuos entrevistados padeció alguna enfermedad en el mes anterior, resulta un factor alarmante no solo en términos de la derrama económica que para la familia representa, sino porque el disponer de servicios de salud podría estar contribuyendo a elevar sus nivel de salud. Al respecto se observa que cuatro quintas partes de los viejos disponen de servicios de salud, cifra que nos habla de niveles elevados de protección contra enfermedades.

13. Las pensiones económicas aparecen como los recursos que transfiere el Estado vía la seguridad social y funcionan como un factor determinante en la definición del nivel de independencia económica de la población envejecida. Sobre este punto se observa que el otorgamiento de pensiones económicas se da en poco más de una quinta parte de la población.

Sobre los puntos anteriores resulta importante investigar hasta que punto las condiciones socioeconómicas particulares del AMM son las que están determinando tanto los niveles de derechohabencia médica así como la proporción de población

pensionada y empleada. Estos puntos faltarían contrastarlos con la situación imperante a nivel nacional.

14. Finalmente, una consideración más sobre los elementos anteriores es que la disposición de servicios de salud no garantiza necesariamente calidad de atención. Al respecto será necesario indagar sobre el potencial humano y técnico disponible en las instituciones que otorgan derechohabencia con el propósito de conocer los recursos médicos existentes especializados en enfermedades propias de la vejez.

Bibliografía

Atchley, Robert y Seltzer, Mildred M. (1976) "Introduction". En: Atchley, Robert y Seltzer, Mildred M. **The Sociology of Aging: Selected Reading**. Miami University. USA. Pp. 59-78.

Bazo, María Teresa (1990) La sociedad anciana. Siglo XXI, España, Pp. 220.

Braverman, Harry. (1982) Trabajo y capital monopolista. México.

Caín, Leonard D. (1976) "Age status and generational phenomena: the new old people in contemporary America". En: Atchley, Robert y Seltzer, Mildred M. **The Sociology of Aging: Selected Reading**. Miami University. USA. Pp. 59-78.

Chackiel, Juan y Guillermo Macció. (1978) "Evaluación y corrección de datos demográficos ", Serie B, No. 39, Chile.

Celade (1993) "Boletín demográfico", año XXVI, No.51, Chile.

Celade (1985) Diccionario demográfico multilingüe, Celade, Belgica, Pp.194.

Clausen John. (1976) "The life course of individuals". En: Atchley, Robert y Seltzer, Mildred M. The Sociology of Aging: Selected Reading. Miami University. USA. Pp. 38-50.

CONAPO, Comisión Nacional del Agua. (1993) "Indicadores socioeconómicos e índices de marginación municipal 1990". Primer Informe técnico del proyecto "Desigualdad regional y marginación municipal en México".

Domínguez Alcón, Carmen. (1992) "Envejecimiento y Familia". En: Papers, No.40, Universidad Autónoma de Barcelona, España, Pp.78-88.

Esteinou, Rosario. (1993) "Familia y políticas sociales". En: Francisco Javier Mercado y Otros (coordinadores), Familia, salud y sociedad, Universidad de Guadalajara, México, Pp. 112-129.

Farfán, Guillermo. (1988) "Capital trabajo y estado del bienestar en el capitalismo avanzado". En: La crisis del estado del bienestar. Coordinado por Esthela Gutiérrez Garza. México, D.F., Siglo XXI, Universidad Nacional Autónoma de México. Pp. 15-53.

Fortes, Meyer. (1971). "Introduction". The development cicle in domestic group. Cambridge, pp.13.

Frenk, Julio; et al. (1993) "Equidad y salud en México". En : Población y desigualdad social en México. (coord) Raul Bejar Navarro y Héctor Hernández Bringas. México, D.F., UNAM, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias. Pp. 271-298.

García, Brigida; Muñoz, Humberto y Oliveira, Orlandina. (1982) Hogares y trabajadores en la ciudad de México, COLMEX, Pp.202.

Garza, Gustavo. (1993) (1) "Monterrey: ubicación en el sistema urbano nacional y expansión metropolitana. En: Gustavo Garza (coordinador) Metropolización y dinámica sociodemográfica, Atlas de Monterrey, Cap.4, Pp.16.

Garza, Gustavo. (1993) (2) "Estructura macroeconómica, 1960-1988" En: Gustavo garza (coordinador) Metropolización y dinámica sociodemográfica, Atlas de Monterrey, Cap.3, Pp.12.

Garza, Gustavo. (1993) (3) "Expansión y diversificación industrial, 1960-1980", En: Gustavo garza (coordinador) Metropolización y dinámica sociodemográfica, Atlas de Monterrey, Cap.3, Pp.8.

Golbert, Laura. (1991) "El bienestar de los ancianos: un problema para la seguridad social". En: René A. Knopoff y Maria Julieta Oddone. Dimensiones de la vejez en la sociedad Argentina. Centro Editor de América Latina, Buenos Aires, Pp. 27-43.

Gordon, David M.; Edwards, Richard; Reich, Michael. (1986) Trabajo segmentado, trabajadores divididos. La transformación histórica del trabajo en los Estados Unidos. España.

Gutiérrez, Luis Miguel. (1993) "Prevención médica para el envejecimiento". Seminario sobre envejecimiento demográfico en México, 25 al 27 de octubre de 1993. México, D.F., Pp.13.

Ham Chande, Roberto.(1993) "México: país en proceso de envejecimiento". En: Comercio Exterior, México, Pp. 668-696.

Ham Chande, Roberto. (1993)(2) "Envejecimiento demográfico y seguridad social". Demos, carta demográfica sobre México. UNAM México, D.F. Pp. 28-29.

Ham Chande, Roberto. (1993)(3). "Envejecimiento y el sistema de seguridad social". Seminario sobre envejecimiento demográfico en México, 25 al 27 de octubre de 1993. México, D.F., Pp.13.

Hareven, Tamara K. (1977) "Family time and historical time", Daedalus, 196 (2), spring 1977, pp.57-70

INEGI. (1993) La tercera edad en México, XI Censo General de Población y Vivienda. México, Pp.54.

INEGI. (1990) IX Censo General de Población y Vivienda.

Jiménez Ornelas, Rene. (1993) "Cincuenta años de mortalidad o el resultado de la desigualdad social". En: Demos. Carta demográfica sobre México. México, No.6, UNAM. Pp. 8-9.

Keane, John. Introducción. En Offe, Claus. (1990) Contradicciones en el estado del bienestar. México, CONACULTA, Alianza, Pp. 15-40.

Laurell, Asa Cristina. (1992) "Avanzar al pasado: la política social del neoliberalismo". En: Estado y políticas sociales en el neoliberalismo. (coord). Asa Cristina Laurell. México D.F., Friedrich Ebert Stiftung. Pp. 125-144.

Laurell, Asa Cristina. (1991) "Crisis, neoliberal health policy, and political processes in México" *International Journal of Health Services*, Vol 21, Num. 3 Pp.457-470.

López Arellano, Olivia. (1992) "La política de salud en México: ¿un ejemplo del liberalismo social". En: Estado y políticas sociales en el neoliberalismo. (coord). Asa Cristina Laurell. México D.F., México: Friedrich Ebert Stiftung. Pp. 165-182.

López, Barajas, María de la Paz. (1993) "Tipología de hogares con miembros envejecidos". Seminario sobre envejecimiento demográfico en México, 25 al 27 de octubre de 1993. México, D.F., Pp.33.

Madrigal, Romeo. (1993) "Envejecimiento en el área metropolitana de Monterrey". **Seminario sobre envejecimiento demográfico en México**, SOMEDE, Ciudad de México del 25 al 27 de octubre de 1993. (mimeo), Pp.15.

Madrigal, Romeo. (1993) "La transición demográfica". En: Gustavo Garza (coordinador) Metropolización y dinámica sociodemográfica, Atlas de Monterrey, Cap.4. 1993.

Matras, Judah. (1990) Dependency, obligation, & entitlements. A new sociology of aging, the life course, and the elderly. Prentice Hall, Canada, Pp.324.

Mazzei, Enrique y Niedworok, Nelly. (1983) "Una problemática social a relevar: el envejecimiento poblacional, la familia y sus estrategias de sobrevivencia". CIESU/DT 52/83. Uruguay, Pp.48.

Meillassoux, Claude. (1978) Mujeres, graneros y capitales, México, Siglo XXI Editores, Pp.235.

Müller, María S. y Pantelides, Edith A. (1991) "Aspectos demográficos del envejecimiento". En: Rene A Knopoff y María Julieta Oddone (coompiladores). Dimensiones de la vejez en la sociedad Argentina, Centro Editor de América Latina. Pp. 13-25.

Neugarten, Bernice L. y Datan, Nancy. (1976) "Sociological perspective on the life cycle". En: Atchley, Robert y Seltzer, Mildred M. The Sociology of Aging: Selected Reading. Miami University. USA. Pp. 4-21.

Novak, Mark. (1993) Aging & society, a canadian perspective, Canada, Nelson Canada, Pp.489.

Oddone, María Julieta. (1991) "Los ancianos en la sociedad". En: Dimensiones de la vejez en la sociedad Argentina, Centro Editor de América Latina, Argentina, Pp.

Oddone, Maria Julieta. (1990) "Aportes para la discusión teórica en sociología de la vejez". En: Revista Paraguaya de Sociología, Año 27, No.77, enero-abril. Paraguay. PP.71-82.

Ojeda, Norma de la Peña. (1993) "Algunos parametros para examinar las relaciones de género y sexualidad en el campo de la salud reproductiva". En: Reunión de Becarios, 1992-1993 de la Fundación John and Caterine McArthur. Cuernavaca. 29 de junio al 3 de julio de 1993.

Ojeda, Norma de la Peña. (1988) "Algunos antecedentes demográficos del ciclo de vital de la familia conyugal en México". En: Norma Ojeda El curso de vida familiar de las mujeres mexicanas: un análisis sociodemográfico. México. Ed.CRM, Universidad Autonoma de México, CRIM, pp. 17-44.

Pedrero, Mercedes. (1993) "Condiciones de trabajo en la vejez". Seminario sobre envejecimiento demográfico en México, 25 al 27 de octubre de 1993. México, D.F., Pp.17.

Oliveira, Orlandina; Salles, Vania (1989) "Acerca del estudio de los grupos domésticos : un enfoque sociodemográfico" En: Oliveira Orlandina; Salles, Vania y Pepin Lehalleur, Marielle (comp). Grupos domésticos y reproducción

cotidiana, México, UNAM-COLMEX, pp.11-36

Pichardo, Armando. (1993) "Servicios de salud hospitalaria, costos y demandas de la población envejecida". Seminario sobre envejecimiento demográfico en México, 25 al 27 de octubre de 1993. México, D.F., Pp. 11.

Pedrero, Mercedes (1993) "Condiciones de trabajo en la vejez". Seminario sobre envejecimiento demográfico en México, 25 al 27 de octubre de 1993. México, D.F., Pp. 17.

Pressat, Roland. (1983) El análisis demográfico. Métodos, resultados y aplicaciones. FCE, México, Pp.360.

Redondo, Nelida. (1990) Ancianidad y Pobreza. Una investigación en populares urbanos, CEPEV, Ed. Humanitas, Argentina. Pp. 276.

Riley, Matilda. (1976) "Social Gerontology and the age stratification of society". En: Atchley, Robert y Seltzer, Mildred M. The Sociology of Aging: Selected Reading. Miami University. USA. Pp. 22-37.

Rodríguez Hernández, Francisco. (1993) "Desigualdad regional y distribución de los recursos para la atención de la salud en México". En : Población y desigualdad social en México. (coord) Raul Bejar Navarro y Héctor Hernández Bringas. México, D.F., UNAM, Centro Regional de Investigaciones multidisciplinarias. Pp. 299-340.

Skocpol, Theda; Amenta, Edwin, (1986). "States and social policies", Ann Rev. Sociology. Pp. 131-157.

Singer, Paulo. (1977), Economía política do trabalho, Sao Paulo, Editora Hucitec.

Soria, Víctor. (1988) "La crisis de la protección social en México, Un análisis de largo plazo con énfasis en el período 1971-1985" En: La crisis del estado del bienestar. (coord) Esthela Gutiérrez Garza. México, D.F., Siglo XXI, Universidad Nacional Autónoma de México. Pp. 174-203.

Soto, Carlos. (1993) "Perspectivas del ramo de pensiones en el IMSS". Seminario sobre envejecimiento demográfico en México, 25 al 27 de octubre de 1993. México, D.F., Pp. 22.

Tuirán, Rodolfo y Wong, Rebeca. (1993) "Transferencias familiares en el envejecimiento". **Seminario sobre envejecimiento demográfico en México,** SOMEDE, Ciudad de México del 25 al 27 de octubre de 1993. (mimeo), Pp.31.

Tuirán, Rodolfo. (1986) "Reproducción social y reproducción demográfica: una relación por descifrar". III Reunión Nacional de Investigación demográfica en México. SOMODE. México. Pp.28.

Valenzuela Feijóo, José Carlos. (1992). "El estilo neoliberal y el caso mexicano", En: Estado y políticas sociales en el neoliberalismo. (coord). Asa Cristina Laurell. México D.F., Friedrich Ebert Stiftung, Pp.9-42.

Vellinga, Menno. (1988) Desigualdad, poder y cambio social en Monterrey, Siglo XXI, México.

Zuñiga, Victor. (1993) "El crecimiento migratorio". En: Gustavo Garza (coordinador) Metropolización y dinámica sociodemográfica, Atlas de Monterrey, Cap.4. Pp. 16.

Anexo metodológico.

Encuesta "Situación actual de las personas de la tercera edad en el área metropolitana de Monterrey.

a) Características de la encuesta.

En el año de 1992 el Consejo Estatal de Población de Nuevo León determinó realizar una investigación sobre la población envejecida⁵⁰ en el área metropolitana de Monterrey, con el fin de caracterizar la situación laboral, familiar, psicológica y de salud de dicha población. El diseño de investigación sobre la población envejecida tuvo como precedente la realización de un coloquio sobre la "tercera edad" en donde participaron especialistas y personas interesadas en el tema y cuyas disertaciones teórico-empíricas fueron el principal referente conceptual y temático del instrumento recolector de información, debido a que no se establecieron hipótesis de trabajo.

Para recopilar la información se diseñó una entrevista estructurada que incluía 113 preguntas organizadas en nueve apartados temáticos, los cuales incluían los siguientes aspectos: i) localización; ii) datos generales de los miembros del hogar; iii) datos de la persona de la tercera edad; iv) situación laboral; v) relaciones familiares y sociales; vi) estado emocional vii) estado nutricional y de salud; viii) migración y ix) vivienda.

Las limitaciones presupuestales que acompañaron el desarrollo y diseño de la encuesta "Situación actual de las personas de la tercera edad en el área metropolitana

⁵⁰En la encuesta se utiliza el término tercera edad para hacer referencia a la población de 60 años y más.

de Monterrey", llevaron a que el tamaño de la muestra se definiera en 500 entrevistas, las cuales fueron distribuidas de manera probabilística en los 5 estratos socioeconómicos⁵¹ que define el Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI) para el área metropolitana de Monterrey.

Los AGEB⁵² que integraban los 5 estratos socioeconómicos fueron reagrupados según el promedio de personas de 60 años y más con que contaban, así como por el tamaño de su población, situación ésta que fue posible llevar a efecto, debido a que se disponía de la información censal de 1990 desagregada por AGEB. Finalmente la muestra quedó distribuida en 118 manzanas, las cuales fueron censadas en búsqueda de población de 60 años y más en el período que comprende del 16 de septiembre de 1992 al 31 de enero de 1993.

El proceso de búsqueda de la población envejecida, permitió que se localizaran 504 individuos con la siguiente distribución en cuanto a intentos de entrevista. (Madrigal, 1993:10).

Respecto a la información recolectada, ésta hace referencia a población de 60 años y más residente en el área metropolitana de Monterrey. Una primera limitante de la información recopilada es que ésta excluye a la población incapacitada para responder, a los migrantes, a los que se negaron a contestar y los que fallecieron en el trayecto del levantamiento, población ésta que en conjunto integraba el 5 por ciento de los individuos localizados.

⁵¹ Los estratos son definidos por el INEGI en alto, medio alto, medio bajo, bajo y marginal.

⁵² Las áreas geográficas del territorio nacional se encuentran organizadas a tres niveles: Área Geoestadística Estatal (AGEE), Área Geoestadística Municipal (AGEM) y Área Geoestadística Básica (AGEB) (INEGI, 1990:XV).

Características	Total	Hombres	Mujeres
Población total	504	222	282
Incapacitados para ser entrevistados	21	13	8
Se negaron a contestar	17	12	5
Fallecieron en el periodo que medió entre la localización y el levantamiento de la encuesta	4	2	2
Cambió de domicilio y no se pudo localizar	1	1	0
Población entrevistada	461	194	267
Fuente: Madrigal, Romeo.(1993) "Envejecimiento en el área metropolitana de Monterrey" En: Seminario sobre envejecimiento demográfico en México. SOMEDE. México, D.F.			

b) Evaluación estadística de la información.

Una regla importante en el desarrollo de cualquier trabajo científico que utiliza una fuente de información primaria es conocer la calidad de los datos recolectados y la confiabilidad de los mismos. Estos aspectos son de vital importancia para calificar el grado de validez de las inferencias que se hagan sobre el fenómeno en estudio.

Es conocido que durante el proceso de planeación y levantamiento de una encuesta, existen una serie de factores que pueden contribuir a que se cometan errores, los cuales pueden generarse en todas las etapas de la producción de la información, desde la planeación del proceso de recolección de los datos hasta la publicación de los mismos⁵³.

Con el objetivo de detectar si existe alguna inconsistencia mayor en las

⁵³ Las fuentes de error que envuelven el proceso de recolección de información pueden ser resultado de los siguientes aspectos: i) de la etapa de planeación y organización de la información; ii) de la comunicación inadecuada entre el informante y el entrevistador; iii) de mala definición de conceptos; iv) de mala interpretación de preguntas y de respuestas; v) errores de registro; vi) ignorancia de la respuesta correcta; vii) errores deliberados; viii) de codificación y ix) errores en la publicación de los datos (Chakiel; Macció, 1978:20-22).

estimaciones muestrales, se procedió a una validación estadística de la muestra a través de la comparación con algunas cifras del XI Censo General de Población y Vivienda de 1990.

El supuesto central que fué sometido al estadístico de prueba ji-cuadrada para la bondad de ajuste, consideraba que la estructura de población por edad y sexo de la información muestral, debería no diferir sustancialmente con la estructura de la población de 60 años y más reportada por el censo de 1990. Con lo anterior se estarían probando los resultados de la encuesta a partir de su comparación con distribuciones "confiables" como las del censo, hecho que además implicaba suponer la confiabilidad de este último.

Dos fueron las pruebas que sirvieron de referente para contrastar la estructura de población de la muestra con la información censal. La primera de estas fue la comparación de índices de masculinidad por grupos quinquenales de edad mediante el cual se puede observar la proporción de hombres respecto a mujeres. El otro estadístico de prueba fué la ji-cuadrada para la bondad de ajuste, la cual nos permite detectar si las frecuencias observadas, dadas por la muestra, no tienen diferencias significativas con las frecuencias esperadas, definidas por la información censal.

Con la prueba de la ji-cuadrada para la bondad de ajuste se probó la hipótesis nula de que la población de 60 años residente en el área metropolitana de Monterrey y entrevistada en 1992 se encontraba representada en los 461 individuos captados, los cuales mostraban una distribución por sexo, edad, estado civil y condición de actividad muy similar al conjunto de la población con las mismas características

censadas en 1990. Dicha hipótesis se contrastó contra la alternativa en donde se suponía que la distribución de la población por sexo, edad, estado civil y condición de actividad de la muestra es distinta a la distribución del censo.

Algunos de los resultados que podemos concluir de las pruebas estadísticas efectuadas en este apartado son las siguientes:

i). En los cuadros 1-A y 1-B observamos la distribución absoluta y relativa de la población de 60 años y más por grupos quinquenales de edad y sexo, en donde el primero es el resultado de la estructura poblacional captada por el censo en 1990, mientras que el segundo es el resultado de la información de la muestra. Los índices de masculinidad de los cuadros nos permiten observar que la relación hombre-mujer son exactamente las mismas si se considera los totales poblaciones y el sexo de los mismos, esto es que tanto la información censal como la muestral captaron a 82.6 hombres por cada 100 mujeres.

Cuadro 1-A. AMM: Distribución absoluta y relativa de la población de 60 años y más por grupos quinquenales, sexo e índices de masculinidad. 1990							
Edad	Población	%	Hombres	%	Mujeres	%	IM
60-64	48969	34.3	22674	15.9	26295	18.4	86.2
65-69	35717	25.0	16783	11.7	18934	13.2	88.6
70-74	22442	15.7	10098	7.1	12344	8.6	81.8
75-79	17126	12.0	7512	5.3	9614	6.7	78.1
80-84	10376	7.3	4289	3.0	6087	4.3	70.4
85-89	5669	4.0	2307	1.6	3362	2.4	68.6
90 y más	2648	1.9	1029	0.7	1619	1.1	63.5
TOTAL	42947	100.0	64692	45.3	78255	54.7	82.6

Fuente: XI Censo General de Población y Vivienda. 1990

Cuadro 1-B. AMM: Distribución absoluta y relativa de la población de 60 años y más por grupos quinquenales, sexo e índices de masculinidad. 1990

Edad	Población	%	Hombres	%	Mujeres	%	IM
60-64	145	31.5	49	10.6	96	20.8	51.0
65-69	129	28.0	53	11.5	76	16.5	69.7
70-74	82	17.8	43	9.3	39	8.5	110.2
75-79	42	9.1	16	3.5	26	5.6	61.5
80-84	39	8.5	19	4.1	20	4.3	95.0
85-89	16	3.5	8	1.7	8	1.7	100.0
90 y más	8	1.7	6	1.3	2	0.4	300.0
TOTAL	461	100.0	19	42.1	267	57.9	82.6

Fuente: Encuesta "Situación actual de las personas de la tercera edad en el área metropolitana de Monterrey". COESPONL. 1992-1993.

Cuando la revisión de los índices de masculinidad atienden al factor edad, observamos diferencias debido a que dichos índices para el caso de la información censal presentan una tendencia decreciente a partir del grupo de edad 65-69, datos que parecen tener mucha coherencia con los patrones diferenciados de mortalidad que por sexo se presentan en los últimos grupos de edad, en donde las mujeres presentan esperanzas de vida mayores. Cuando estas cifras se comparan con los índices de masculinidad muestrales identificamos que estos últimos no presentan ninguna regularidad en su comportamiento, lo que hace posible suponer que en algunos grupos de edad, principalmente en las edades más avanzadas la población masculina se encuentra sobrerrepresentada;

ii). La aplicación de la prueba para la bondad de ajuste por ji-cuadrada nos permitió contrastar estadísticamente la hipótesis nula acerca de las similitudes existentes entre la información censal y la muestral, contra la alternativa que manifiesta que las dos fuentes de información contrastadas no son iguales en su estructuras por edad, sexo, estado civil y condición de actividad.

Cuadro 2-A. AMM: Distribución porcentual de la población de 60 años y más según estado civil, sexo y edad, 1990.

TOTAL	Soltero	Casado	Unido	Viudo	Separado o divorciado
Edad					
60-64	5.9	72.8	2.6	15.2	3.5
65 y más	6.4	55.7	1.9	33.3	2.8
HOMBRES					
60-64	4.6	84.4	3.3	5.6	2.1
65 y más	4.8	74.1	2.5	16.3	2.4
MUJERES					
60-64	7.0	62.8	2.0	23.5	4.7
65 y más	7.7	40.4	1.4	47.3	3.1

Fuente: XI Censo General de Población y Vivienda, 1990.

Cuadro 2-B. AMM: Distribución porcentual de la población de 60 años y más según estado civil, sexo y edad, 1990.

TOTAL	Soltero	Casado	Unido	Viudo	Separado o divorciado
Edad					
60-64	1.4	73.1	0.0	16.6	8.9
65 y más	1.9	59.2	0.6	35.8	2.5
HOMBRES					
60-64	0.0	89.8	0.0	4.1	6.1
65 y más	2.8	80.0	0.7	15.9	0.7
MUJERES					
60-64	2.1	64.6	0.0	22.9	10.5
65 Y más	1.2	41.5	0.6	52.6	4.1

Fuente: Encuesta "Situación actual de las personas de la tercera edad en el área metropolitana de Monterrey". COESPONL. 1992-1993.

Tres pares de cuadros fueron sometidos a dicha prueba, en donde el primer par (1-A y 1-B) se refieren a la distribución de la población de 60 años y más por grupos quinquenales de edad y sexo; mientras que el segundo par de cuadros (2-A y 2-B) contrastan la distribución de la población por edad, sexo y estado civil; y el último par de cuadros son los 3-A y 3-B los cuales contrastan la distribución de la población por edad, sexo y condición de actividad.

Total	PEA	I	II	III	IV	V
60-64	28.9	46.2	17.1	1.4	5.2	1.3
65 y más	15.6	45.4	22.6	3.0	10.6	2.9
Hombres						
60-64	53.9	1.1	31.9	2.5	9.5	1.0
65 y más	30.1	1.8	43.2	4.5	17.8	2.5
Mujeres						
60-64	7.3	85.1	4.2	0.4	1.5	1.4
65 y más	3.9	80.6	5.9	1.8	4.7	3.1

I. Hogar; II. Jubilados y pensionados; III. Incapacitados; IV. Otros; V. No especificados.
Fuente: XI Censo General de Población y Vivienda, 1990.

Total	PEA	I	II	III	IV
60-64	29.0	57.9	8.3	0.7	4.1
65 y más	17.1	48.7	19.6	7.0	7.6
Hombres					
60-64	63.3	0.0	22.4	2.0	12.2
65 y más	31.0	0.0	40.7	13.1	15.2
Mujeres					
60-64	11.5	87.5	1.0	0.0	0.0
65 y más	5.3	90.1	1.8	1.8	1.2

I. Hogar; II. Jubilados y pensionados; III. Incapacitados; IV. Otros.
Fuente: Encuesta "Situación actual de las personas de la tercera edad en el área metropolitana de Monterrey, 1992-1993.

Los resultados de la ji-cuadrada en el primer par de cuadros (ver cuadro 1-C), nos permiten concluir con un margen de error del 95 por ciento, que no podemos rechazar la hipótesis nula, que nos habla de similitudes entre la información censal y la muestral, en los casos que se refieren a la población total y la población femenina, mientras que para la población masculina, la prueba estadística nos muestra que no es posible aceptar que exista similitud entre las dos fuentes de información contrastadas, debido a que el resultado de la ji-cuadrada para este sector de población quedo dentro de la región de rechazo.

El uso de la estadística de prueba ji-cuadrada para la bondad de ajuste, nos fué

mostrando que conforme desagregabamos la población de acuerdo a características más específicas y la sometimos a dicha prueba, la probabilidad de aceptar nuestra hipótesis nula se hace más remota. Esta situación es posible observarla en los resultados de los cuadros 2-C y 3-C en donde para el primer caso, la población masculina es la única que se encuentra dentro de la zona de aceptación de la ji-cuadrada, mientras que el cuadro donde se contrasta la población de acuerdo a su condición de actividad, el grupo de edad de 60-64 para la población femenina y masculina quedo dentro de la zona de aceptación, mientras que ese mismo grupo de edad en el total de la población nos habla de la no existencia de similitudes entre la población observada y la esperada.

Cuadro 1-C Prueba de Ji-cuadrada para la bondad de ajuste. AMM: Distribución absoluta de la población de 60 años y más por grupo quinquenales de edad y sexo.		
Población	Ji-cuadrada X2	X2* gl= 6, 0.05
Total	8.39927	12.5916
Masculina	18.25771	12.5916
Femenina	8.69742	12.5916
Región de Rechazo: $X2 > X2^*$, donde $X2^*$ se basa en g.l. = k-1		
Fuentes: XI Censo General de Población y Vivienda, 1990. Encuesta: "Situación actual de las personas de la tercera edad en el área metropolitana de Monterrey, 1992-1993.		

iii). El conjunto de pruebas estadísticas desarrolladas en este apartado nos ha permitido identificar cuáles son los alcances y las limitaciones de la base de datos que será utilizada en el desarrollo de nuestra investigación, la cual como ya observamos es aceptable cuando hablemos de la población en su conjunto y de la población femenina, situación que no es la misma para el caso de la población masculina, la cual

presenta limitaciones debido a una posible sobrerrepresentación de la misma en los distintos grupos de edad.

Por otra parte, identificamos como las limitaciones de la información se van incrementando conforme queramos ser más específicos en el análisis de ciertos aspectos. La situación anterior no resulta extraña cuando estamos ante una encuesta de tamaño intermedio.

Cuadro 2-C Prueba de Ji-cuadrada para la bondad de ajuste. AMM: Distribución absoluta de la población de 60 años y más por estado civil, grupos de edad y sexo.		
Población	Ji-cuadrada X2	X2* gl = 5, 0.05
Total		
60-64	21.4159	11.0705
65 y más	16.6376	11.0705
Masculina		
60-64	9.794224	11.0705
65 y más	5.904977	11.0705
Femenina		
60-64	11.85635	11.0705
65 y más	19.29978	11.0705
Región de Rechazo: $X2 > X2^*$, donde $X2^*$ se basa en g.l. = k-1		
Fuentes: XI Censo General de Población y Vivienda, 1990. Encuesta: "Situación actual de las personas de la tercera edad en el área metropolitana de Monterrey, 1992-1993.		

Tanto el proceso de selección y recopilación de información, así como la parte relativa a la evaluación, nos presentó un espectro muy completo de las características y cualidades de la información a ser utilizada, en donde a pesar de que se identificó que la información presenta limitaciones para inferir respecto a elementos muy específicos, la rigurosidad muestral que el Consejo Estatal de Población de Nuevo León declaró que se siguió en la planeación y levantamiento de la misma, nos permite

considerar que estamos ante una base de datos con un nivel de calidad aceptable.

Cuadro 3-C Prueba de Ji-cuadrada para la bondad de ajuste. AMM: Distribución absoluta de la población de 60 años y más por condición de actividad, grupos de edad y sexo.		
Población	Ji-cuadrada X2	X2* gl = 5, 0.05
Total		
60-64	13.54077	11.0705
65 y más	30.48538	11.0705
Masculina		
60-64	3.659816	11.0705
65 y más	31.36322	11.0705
Femenina		
60-64	7.782576	11.0705
65 y más	17.62235	11.0705
Región de Rechazo: $X2 > X2^*$, donde $X2^*$ se basa en g.l. = k-1		
Fuentes: XI Censo General de Población y Vivienda, 1990. Encuesta: "Situación actual de las personas de la tercera edad en el área metropolitana de Monterrey, 1992-1993.		