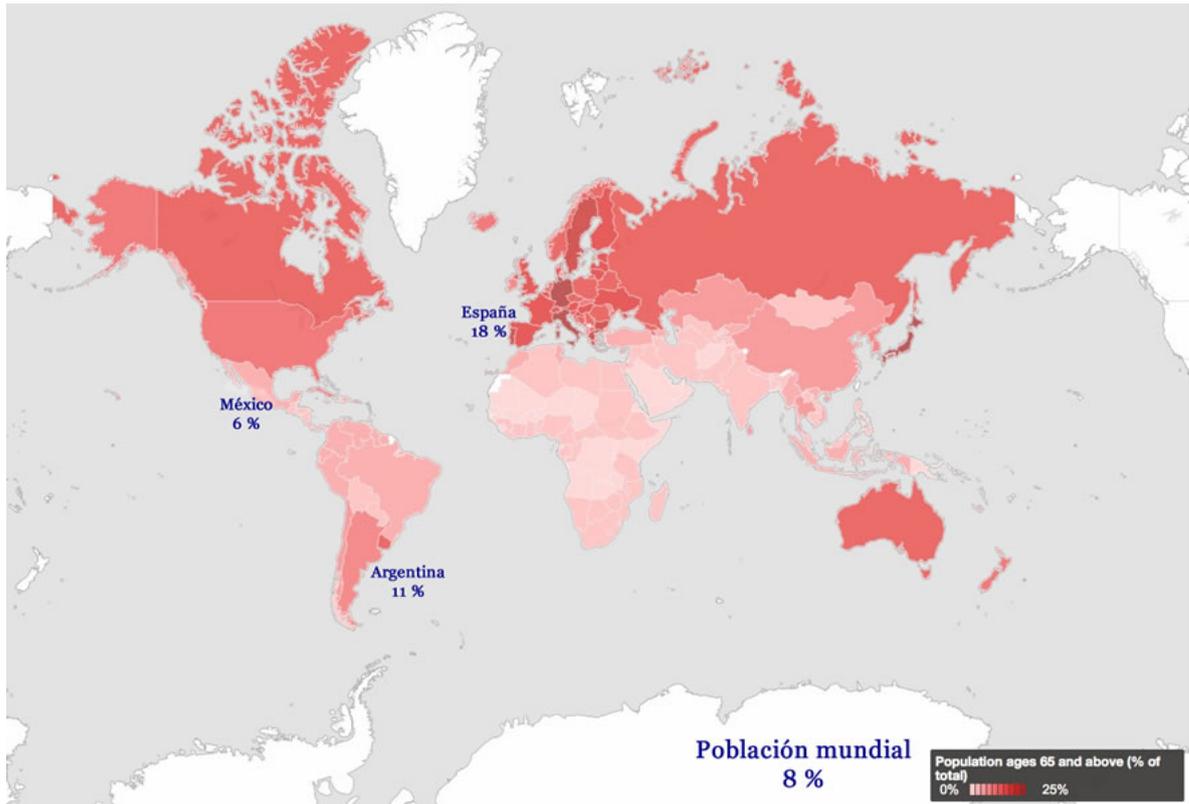


ARGENTINA, ESPAÑA Y MÉXICO: PANORÁMICA SOCIODEMOGRÁFICA COMPARADA



Equipo de redacción

En España

Fermina Rojo Pérez
Gloria Fernández-Mayoralas
Vicente Rodríguez Rodríguez
Julio Pérez Díaz

En México

Verónica Montes de Oca
Sonia Frías Martínez
Irene Casique Rodríguez
Sagrario Garay Villegas
Pilar Alonso Reyes
Mirna Hebrero Martínez
Luis Alberto Vargas Guadarrama
S. Aída Borges-Yáñez

En Argentina

María Julieta Oddone
Gloria A. Lynch
Lilia B. Chernobilsky
Liliana R. Bilevich de Gastrón

Diciembre de 2014

Para citar este documento

ROJO PÉREZ, F. et al. (2014): Argentina, España y México: panorámica sociodemográfica comparada. Departamento de Población, IEGD, CSIC. Documento de Trabajo, 150 páginas. [Fecha de publicación: Diciembre 2014]. <<http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/DptoPobl-envejecimiento-enfoques-argentina-espana-mexico-02-2015.pdf>>

Referencia en la base de datos de [Envejecimiento en red](#)
<<http://envejecimiento.csic.es/documentacion/biblioteca/registro.htm?id=59547>>

ÍNDICE

1. Fuentes estadísticas y sus limitaciones	13
1.1. Introducción	13
1.2. Los sistemas estadísticos nacionales.....	13
1.3. Fuentes estadísticas seleccionadas	16
1.3.1. Argentina.....	16
1.3.2. España	20
1.3.3. México	24
1.4. Valoración.....	32
1.5. IPUMS, como repositorio de fuentes	33
2. Dinámica y estructura de la población.....	35
2.1. Composición por edad de la población	38
2.2. Dinámica de la población	40
2.3. Características sociodemográficas de la población mayor de 65 años.....	45
2.4. Conclusiones.....	55
2.5. Bibliografía.....	56
3. Condiciones económicas	59
3.1. Introducción	59
3.2. Materiales y métodos.....	60
3.3. Una revisión de las condiciones económicas seleccionadas.....	62
3.4. Conclusiones.....	74
3.5. Bibliografía.....	76
4. La vivienda como elemento del entorno residencial	81
4.1. Introducción: antecedentes y objetivos de estudio	81
4.2. El entorno residencial como marco para envejecer en casa.....	82
4.3. Material y métodos	83
4.4. Resultados	86
4.4.1. Tamaño del área geográfica donde reside la población adulta-mayor	86
4.4.2. Características de la vivienda	90
4.5. Consideraciones finales.....	96
4.6. Bibliografía.....	97
5. Arreglos familiares de la población con 60 años o más	101
5.1. Introducción	101
5.2. Hogares y envejecimiento en América Latina y España	102
5.3. Fuentes de datos en los países seleccionados	103
5.4. Variables incluidas en el análisis	103
5.5. Características sociodemográficas de la población adulta mayor	104
5.6. Características generales de los hogares	107
5.6.1. Tamaño del hogar	107
5.6.2. Tipo de hogar.....	108
5.7. Conclusiones.....	110
5.8. Bibliografía.....	110
6. Salud, capacidad funcional y servicios sanitarios	115
6.1. Introducción y objetivos.....	115
6.2. Marco conceptual para la medida de salud y el funcionamiento en la vejez	116
6.3. Material y métodos	116
6.4. Resultados	117
6.4.1. La salud y el funcionamiento.....	117

6.4.2.	<i>Morbilidad</i>	119
6.4.3.	<i>Cobertura sanitaria y acceso a servicios de salud</i>	123
6.5.	Reflexiones finales.....	126
6.6.	Bibliografía.....	127
7.	Síntesis y consideraciones finales	131
7.1.	Fuentes estadísticas	131
7.2.	Dinámica y estructura	132
7.3.	Condiciones económicas	133
7.4.	Vivienda	135
7.5.	Arreglos familiares.....	136
7.6.	Salud, capacidad funcional y servicios sanitarios.....	137
7.7.	Síntesis final.....	138
8.	ANEXOS	141
8.1.	División territorial en provincias de los tres países.....	141
8.2.	Índice de figuras	145
8.3.	Índice de tablas	147

Preámbulo

Presentamos a continuación una síntesis comparativa de los grandes indicadores que resumen el contexto sociodemográfico de los tres países representados en esta red. Está dividida en distintos ámbitos temáticos, que tienen en común condicionar o enmarcar los cambios en el peso poblacional de la vejez y en la manera de envejecer en cada país. Adicionalmente, cada capítulo detalla un conjunto básico de referencias bibliográficas y documentales sobre su tema.

Los datos de partida y los indicadores se han obtenido de fuentes y análisis previamente publicados, trabajo de documentación inicial que ha requerido un notable esfuerzo para seleccionar materiales directamente comparables o reelaborarlos para que pudiesen presentarse en tablas o en gráficos comunes para los tres países. Este cotejo previo ha definido, además, el periodo histórico en el que resultaba factible la comparación.

El propio proceso de envejecimiento desborda una instantánea obtenida exclusivamente de los datos más recientes. La concreción del análisis en el envejecimiento “activo” hace aconsejable, además, una prospectiva amplia desde el punto de vista temático, porque la propia manera de envejecer resulta sumamente diversa y su análisis requiere un marco global complejo e inclusivo. La mejor óptica de análisis sería, claro está, la generacional, en función de la fecha de nacimiento y de las características progresivamente adquiridas a lo largo de las sucesivas edades. Pero la información disponible desde esta perspectiva es escasa y difícilmente comparable entre países.

La enumeración temática y de indicadores comparativos que se presenta a continuación es una solución de compromiso (prácticamente en su totalidad organizada desde una óptica de periodo, no de generación, cuando se presentan datos por edades). Corre por cuenta del posterior análisis utilizar esta información pensando siempre en los cambios en la forma de envejecer de las cohortes auténticas. Sus apartados son:

- I. **Fuentes estadísticas y sus limitaciones.** Se ha elaborado una plantilla de variables necesarias o convenientes para el estudio del envejecimiento activo, para después acudir a las fuentes oficiales de los tres países y constatar cuáles de ellas están disponibles y en qué fuentes, o podrían obtenerse recodificando o combinando las variables existentes. Este trabajo comparativo previo resulta ineludible para la planificación de una investigación posterior, y ayudará en un eventual diseño propio de trabajo de campo.
- II. **Dinámica y estructura demográfica.** Se comparan las grandes cifras demográficas, desde el volumen hasta las pirámides de población y, particularmente el peso de los mayores (y su evolución en el tiempo, muy diferente según el país). Incluye indicadores de estructura (por sexo, estado civil, distribución geográfica, etc.), y series históricas, lo más largas posibles, sobre la dinámica que los explica (mortalidad, natalidad, migraciones). Se ha recurrido a las fuentes oficiales, especialmente los respectivos Censos y series vitales. Incluye finalmente algunas consideraciones sobre la significación del envejecimiento demográfico, la inconveniencia de los alarmismos que genera y los nuevos roles sociales de los mayores.

- III. **Condiciones económicas.** Se analizan las características laborales, los ingresos y la situación de la población jubilada o retirada. Este estudio uso las fuentes de información oficiales en cada país que permite obtener un panorama de la heterogeneidad en el mercado de trabajo en los que se insertan la población adulta mayor (los Censos y las respectivas encuestas laborales).
- IV. **Vivienda y entorno residencial.** El entorno físico y social condiciona los niveles de bienestar y calidad de vida en la vejez y, por tanto, las posibilidades de envejecimiento activo. El capítulo sobre vivienda examina las características de este elemento del entorno residencial donde se desarrolla la vida cotidiana, poniendo el énfasis en los aspectos objetivos o más directamente medibles, como el tipo de vivienda, el régimen de tenencia, su número de habitaciones, o las dotaciones de que dispone.
- V. **Arreglos familiares.** Se abordan las estructuras familiares y de hogares, condicionantes fundamentales de la cotidianidad de los adultos mayores y bases ineludibles para las políticas públicas orientadas a estas personas. Se exploran de forma comparativo variables como el tamaño, estructura, o el número de adultos mayores presentes por hogar, además de variables clásicas sobre sus componentes, como su estado civil, jefatura de hogar, escolaridad y participación en el mercado de trabajo. Se ha acudido a las fuentes oficiales, como los Censos y las encuestas sobre presupuestos o estructuras familiares, de salud o de uso del tiempo, tanto las dirigidas al conjunto de edades como las específicas para mayores, como la Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México (2001 y 2003), que contiene información de las redes familiares primarias y secundarias, así como la frecuencia de los apoyos sociales.
- VI. **Salud, capacidad funcional y servicios sanitarios.** La salud es el “estado de completo bienestar físico, mental y social” (World Health Organization, 1948: Preámbulo a la constitución), no la mera ausencia de enfermedad. Condiciona la calidad de vida y, por tanto, el envejecimiento activo. Este capítulo ha perseguido un análisis comparado de las condiciones de salud, en su significado más amplio y multidimensional, que incluye la morbilidad y la capacidad funcional, pero también la dimensión subjetiva de la salud percibida. Asimismo, se muestran los rasgos generales de la cobertura sanitaria y el acceso efectivo o utilización de los servicios sanitarios. Las fuentes principales han sido las encuestas generales sobre salud y sus determinantes en los tres países.
- VII. **Síntesis y consideraciones finales**

1. FUENTES ESTADÍSTICAS Y SUS LIMITACIONES

Autoría:

Vicente Rodríguez Rodríguez
Julio Pérez Díaz
Sonia Frías Martínez
Irene Casique Rodríguez
María Julieta Oddone

1.1. Introducción

El análisis del envejecimiento de la población como fenómeno demográfico y social requiere de fuentes estadísticas que diseccionen sus múltiples dimensiones. Ello es un requisito esencial de las sociedades modernas que han construido sistemas de producción de datos que, desde diversas perspectivas, proporcionan la información necesaria para el diseño de políticas públicas. Con esta idea en la mente, el proyecto iLink, sobre Envejecimiento Activo, decidió implementar, como objetivo científico, un análisis sociodemográfico básico de la demografía de Argentina, España y México como base para el conocimiento del envejecimiento activo de la población. Y para ello, se identificó un objetivo colateral, el estudio de las fuentes estadísticas de cada país para valorar sus posibilidades de uso comparativo.

El procedimiento de trabajo ha consistido en las siguientes fases: a) identificación de los campos temáticos sobre los que buscar información estadística, de acuerdo a los criterios científicos establecidos en el proyecto, b) generación de una plantilla de datos a aplicar a cada fuente estudiada (tablas en Anexos), c) descripción de los contenidos básicos de cada fuente seleccionada, y d) valoración del estudio comparativo.

1.2. Los sistemas estadísticos nacionales

En esencia, los tres países tienen un sistema estadístico público encargado de la producción de datos sociodemográficos. Son el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC), el Instituto Nacional de Estadística (INE) en España y el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), en México. De acuerdo con la información disponible sobre los mismos, se pueden desglosar algunas líneas básicas de notable interés:

- son los organismos encargados de la producción de datos estadísticos a escala nacional de acuerdo a las necesidades propias del país, siguiendo las directrices políticas generales y están organizados de forma que cubren todo el territorio, como fundamento para la mayor efectividad en la toma de datos
- utilizan una planificación estratégica como instrumento para decidir los productos estadísticos que producen, según principios de necesidad e interés nacional, de

operatividad en la gestión y de eficiencia presupuestaria, generalmente usando estructuras maestras de organización como el Sistema Estadístico Nacional argentino o el Plan Estadístico español

- siguen los principios y criterios de producción de datos estadísticos implementados por organismos internacionales, a los que reconocen su dirección estratégica, como la Comisión Económica para Europa de las Naciones Unidas, la Organización Internacional del Trabajo (OIT), la Organización para la Cooperación y el Desarrollo (OCDE) o la Oficina Estadística europea (EUROSTAT)
- producen datos mediante instrumentos de uso y valía general y contrastado como son los Censos, Registros y Encuestas, los dos primeros con un carácter más general. La secuencia temporal definida, la obtención de datos generales para toda la población, la aplicación de criterios estadísticos en la distribución (muestral) de la población relevada serían, entre otros, criterios esenciales que definen estos productos
- disponen de sitios en internet abiertos al acceso general de la población y al uso de la información proporcionada por los servicios estadísticos, según sus criterios; cuando no es posible atender a demandas muy específicas, ofrecen posibilidades de acceso personalizado mediante compromisos de uso de la información para fines de investigación y siguiendo criterios que preserven el carácter anónimo de la información
- ofrecen a la población en general, y a los investigadores en particular, documentación básica esencial para entender y valorar los procedimientos, los métodos de toma de datos, la generación de datos elaborados, las definiciones y clasificaciones utilizadas, los sistemas de recogida utilizados,..
- disponen de procedimientos generales y específicos de acceso a los datos para uso científico. Entre los primeros habría que destacar la generación de tablas, gráficos y mapas sobre contenidos ya preparados por los propios servicios estadísticos, según metodologías estándar (Redatam, tablas Excel,..) así como la puesta a disposición de los usuarios de ficheros de microdatos originales en formatos accesibles por programas de tratamiento estadístico de datos. Entre los segundos destaca la posibilidad de solicitar peticiones a medida de la investigación, asegurándose el anonimato de la información proporcionada
- permiten seleccionar la información tanto por criterios demográficos (edad, sexo, hogar, niveles de renta,...) como escalas geográficas (nacional, regional, local), dependiendo del tipo de información que se ofrece

Sin embargo, cada país organiza su producción estadísticas y de acceso a la información de forma específica, aunque manteniendo esencialmente los principales instrumentos estadísticos. Así, en **Argentina** el INDEC está estructurado en 4 grandes áreas, Territorio, Población (censos y proyecciones de población nacional y provinciales), Economía (la información estadística para medir la actividad económica, con encuestas que permiten el seguimiento de los distintos sectores económicos), y Sociedad (información sobre mercado de trabajo, salud, educación, condiciones de vida, acceso y uso de las TIC entre otros temas). Sus bases de datos relativas a Salud, Ciencia y Tecnología, Gastos de los Hogares, Temas especiales, Censos e IPUMS están a disposición de los usuarios. La información sobre demografía en Argentina la proveen los Censos Nacionales de Población, que se realizan cada diez años. El último fue realizado en 2010. Tiene por objetivo este censo conocer las principales características habitacionales de los hogares, los datos demográficos, económicos y sociales de todos sus habitantes en un momento determinado. Este censo también incluye preguntas sobre [discapacidad](#), [pueblos originarios](#), afrodescendientes y equipamiento tecnológico del hogar y uso de la computadora. Constituyen insumos esenciales para

el [funcionamiento del sistema democrático y para la formulación de políticas en el sector público y privado.](#)

En **España** se producen tres tipos de fuentes, los registros, los censos y las encuestas. Entre los primeros destaca el Padrón Continuo (Padrón Municipal de Habitantes), que es un registro administrativo que recoge la población residente en los municipios, que sirve para definir la población oficialmente residentes y que se utiliza como base para extraer la muestra para múltiples otras operaciones estadísticas. La segunda es el Censo de Población y Vivienda, una operación estadística con más de un siglo de existencia, que mide múltiples parámetros de carácter socio-demográfico de la población española, cada 10 años. Hasta el último, levantado en 2011, era una operación completa de toma de información, habiendo sido transformado en su último levantamiento en una muestra del 12% de la población. Las encuestas son, sin duda, el producto de más amplio desarrollo y utilidad en España porque abarca muchas y varias dimensiones de la realidad sociales española, porque sigue los compromisos de toma de información requeridos por EUROSTAT y porque han ganado suficiente prestigio por ser fuentes de contrastada calidad. La organización de la información estadística del INE está estructurada en apartados temático como Entorno físico, Medio ambiente, Demografía y población, Sociedad, Economía, Ciencia y tecnología, Agricultura, Industria, energía, construcción, y Servicios. También se ofrece información homogenizada con la de organismos internacionales que también producen datos. Otros organismos en España también producen datos de utilidad, aunque su cobertura tiende a ser más limitada.

Las fuentes de datos en **México** son numerosas y proceden principalmente de dos tipos de iniciativas. La primera y mayoritaria es la del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). La segunda fuente de datos procede de iniciativas originadas a nivel internacional.

El INEGI genera tres fuentes importantes de datos. Los Censos son, a su vez de dos tipos, a) el de Población y Vivienda es la fuente de información básica más completa para conocer la realidad demográfica y social del país, b) los censos económicos, que ofrecen información sobre diversos aspectos de los sectores económicos como fuente de información básica del país. Entre ellos se incluye en Censo Ejidal, Agropecuario, Pesquero y Forestal. Las encuestas recaban datos que captan información de una muestra del universo de estudio, utilizando los hogares y los establecimientos para contar con datos actualizados y con más profundidad sobre temas específicos. Son de dos tipos, las regulares, como parte del programa de trabajo permanente del Instituto, y las y especiales que se desarrollan a solicitud de instituciones del sector público para generar información sobre temas de interés. Finalmente los registros administrativos toman datos que proviene de los trámites de instituciones públicas, tanto en aspectos vitales (nacimientos, defunciones generales y fetales, matrimonios y divorcios), como sociales (Cultura, salud, relaciones laborales, intentos de suicidio y suicidios, y estadísticas judiciales en materia penal) y económicos (ganadería, industria, comercio exterior, comunicaciones, transportes, vehículos de motor, accidentes de tránsito, así como finanzas públicas estatales y municipales). Los datos que ofrece INEGI están estructurados en los siguientes apartados: Población, hogares y vivienda, Sociedad y gobierno, Ocupación y empleo, Economía, Medio ambiente, y Ciencia y tecnología.

La revisión de las fuentes estadísticas de los tres países siguiendo los intereses científicos a desarrollar en el proyecto iLink Envejecimiento Activo han permitido hacer una selección básica que se recogen y describen en el siguiente apartado.

1.3. Fuentes estadísticas seleccionadas

1.3.1. Argentina

Censo de Población y Hogares 2010

En un censo de hecho para obtener datos sobre las personas presentes en la vivienda en el momento del censo, incluyendo a los que no residen habitualmente en ese hogar pero “pasaron la noche” allí. Este tipo obliga a realizar un operativo en un solo día para evitar duplicaciones en el en la información relevada. Entre las posibles metodologías a utilizar Argentina se decantó por la combinación de cuestionario ampliado y reducido para recoger información censal del total de la población, decisión que busca conseguir la mayor calidad en la información reportada y el menor coste económico de la operación estadística. Esta operación sirve para censar la viviendas particulares, donde las personas viven bajo un régimen familiar (casas, departamentos, ranchos, casillas, etc.) y colectivas, donde la convivencia se establece bajo un régimen institucional (cárceles, hospitales, geriátricos, conventos, etc.) los hogares y las personas. Se utiliza la entrevista directa. El cuestionario básico de viviendas particulares contiene preguntas básicas para conocer la estructura de la población por sexo y edad y estimar indicadores sociodemográficos que habitualmente se utilizan en nuestro país para la gestión de políticas públicas. Se aplica a la mayor parte de la población de más de 50.000 habitantes. Contiene preguntas sobre las características de la vivienda y el hogar, estructura de la vivienda, equipamientos y servicios, pero también cuestiones sociodemográficas básicas de la población residente. Además se aplica otro cuestionario ampliado, para una muestra de la población en las localidades de 50.000 habitantes y más, y para todas las localidades de menos de 50.000 habitantes y con preguntas que complementan las del básico (migraciones, salud y discapacidad, actividad económica y jubilación, población originaria y afrodescendiente, datos específicos de la vivienda)

Encuesta Permanente de Hogares (EPH)

Es un programa nacional de producción sistemática y permanente de indicadores sociales que lleva a cabo el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC) para conocer los rasgos sociodemográficos y socioeconómicos de la población argentina, vinculadas a la fuerza de trabajo. Los indicadores consignados describen la situación de la fuerza de trabajo mediante las tasas de actividad, ocupación, desocupación y subocupación. También se analizan los ingresos de la población y los hogares en los aglomerados urbanos. Se realiza, además, una caracterización socioeconómica de la Población Económicamente Activa. La tendencia en la EPH es seguir clasificaciones internacionales como la de actividades económicas CAES-1.0, auspiciada por convenio con la Unión Europea de 4 países de Mercosur (Argentina, Brasil, Paraguay y Uruguay), más Chile y Bolivia. También se utiliza el Clasificador Nacional de Clasificaciones de 2001. En su modalidad original -EPH puntual- se aplicó en Argentina desde 1973 hasta mayo de 2003, dos veces al año (mayo y octubre). Debido a las nuevas características de la inserción laboral y del nuevo escenario emergente con relación a la condición social en general y al mercado de trabajo en particular, se hizo necesario adecuar globalmente los instrumentos de medición para dar cuenta de estos procesos y de su dinámica. Se amplió el período de observación que eliminó la dificultad para elegir el momento óptimo del año para los relevamientos (mayo y octubre, como en la EPH puntual), de manera que se

pueden comparar los cambios de las variables intra-anales. Desde el año 2010 el tercer trimestre la EAHU, (encuesta anual de hogares urbanos) amplía la EPH hasta cubrir toda la población urbana (aprox. 37,5 millones de personas). En este trabajo se utilizó el segundo relevamiento del año 2013 que incluye 17.379 hogares, teniendo en cuenta personas según sexo, grupos de edad, nivel educativo, tramos de ingresos, etc. para todo el país y 6 regiones estadísticas.

Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR)

La ENFR es un estudio de prevalencia o corte transversal que forma parte del Sistema de Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles. Sus resultados permiten disponer de información relevante estimar las prevalencias de los factores de riesgo (FR) en estudio y evaluar sus tendencias, a través de la implementación periódica de la encuesta (cada 4 o 5 años) a lo largo del tiempo. La primera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR) se realizó en Argentina en 2005 los datos obtenidos constituyeron en un insumo fundamental para la toma de decisiones en políticas de prevención y control de las mismas. La segunda ENFR se llevó a cabo entre los meses de octubre y diciembre de 2009, su realización permitió evaluar las acciones ejecutadas y las tendencias entre la primera (2005) y la segunda encuesta de este tipo. La metodología aplicada en ambos estudios fue idéntica, lo que permitió continuar con el ciclo de vigilancia y políticas sanitarias. La ENFR se implementó por medio de un convenio firmado entre la Dirección de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles del Ministerio de Salud de la Nación, el área de Encuestas Especiales del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC) y en el 2009 con la Secretaría de Deportes de la Nación. La encuesta es domiciliaria, incluye solamente el autorreporte, no se realizan mediciones antropométricas y bioquímicas. El cuestionario fue adaptado transculturalmente, se desarrolló en base a la Herramienta de Vigilancia de ENT propuesta por la Organización Panamericana de la Salud, que fue adaptada por expertos y sociedades científicas nacionales. Las áreas temáticas fueron incluidas a partir de un proceso de priorización de FR, en función de su prevalencia y hacen referencia a: Aspectos Socio Demográficos, Salud General, Actividad Física, Acceso a la atención médica, Tabaquismo, Hipertensión, Peso corporal, Alimentación, Colesterol, Consumo de Alcohol, Diabetes, Prácticas preventivas y Riesgos de lesiones. El reporte de resultados se realizó de acuerdo a los indicadores propuestos por OPS y CDC para vigilancia de FR y ENT.

La ENFR 2005 tiene representatividad provincial (pudiendo calcularse estimaciones nacionales y provinciales) La población incluida fueron personas de 18 años y más, no institucionalizadas, de la población general, a partir de un muestreo de viviendas de ciudades de más de 5.000 habitantes de todo el país. La selección de personas se hizo a través de cuatro etapas, las dos primeras corresponden al Marco de Muestreo Nacional Urbano (MMNU), el cual responde a un listado exhaustivo de las viviendas de sólo una parte del universo, mediante el muestreo preliminar de áreas. Luego se seleccionaron de cada área incluida en el MMNU, una muestra de viviendas en forma sistemática, introduciendo la tercera etapa de selección. Dentro de cada una de estas viviendas, se relevaron todos los hogares encontrados en las mismas, y dentro de cada hogar, se seleccionó al azar un individuo de 18 años o más para responder al cuestionario específico de factores de riesgo, siendo ésta la cuarta y última etapa de muestreo. Por lo tanto, a partir del diseño muestral se desprende que, la unidad estadística es la vivienda, la unidad de relevamiento el hogar, y la unidad de análisis el individuo. En la ENFR 2005 resultaron encuestables 46.308 viviendas, representando el 90,5% del total de viviendas seleccionadas. A partir de este conjunto se obtuvo respuesta en

41.485 viviendas, por lo tanto el rendimiento efectivo de la muestra, medido en viviendas, fue de 89,6%. En esas viviendas se encontraron 42.694 hogares, es decir que en el 3% de las viviendas hay hogares que la comparten. Por otra parte, se logró información para la unidad de análisis, en un 86.7%, en el total de viviendas encuestables de la muestra de origen (46.308).

En la ENFR 2009, las áreas temáticas incluidas fueron las mismas que las de la encuesta realizada en 2005. Los cambios referidos a la metodología y el cuestionario se minimizaron para asegurar la comparabilidad entre los resultados de ambas encuestas. Para el cálculo del tamaño muestral de cada provincia se consideró un intervalo de confianza de 95%, un error relativo menor a 15%, un efecto diseño (DEFF) de 1,5 y un ajuste por no respuesta del 20% para las prevalencias más bajas esperadas (cercasas a 5%). Esto implicó 1.500 a 2.000 personas por provincia y algunos aglomerados urbanos y un total de 47.159 viviendas a nivel nacional. El diseño muestral de la ENFR 2009 fue probabilístico, estratificado por conglomerados y multietápico. La selección de los participantes se realizó en cuatro etapas. En la primera etapa se seleccionaron departamentos o partidos por probabilidad proporcional al tamaño; en la segunda, radios censales o conjuntos de radios censales contiguos por muestreo aleatorio simple; en la tercera, viviendas y hogares por muestreo sistemático; y en la cuarta se seleccionó a los encuestados (un encuestado por hogar) por muestreo aleatorio simple. Las tres primeras etapas —departamento, área y vivienda— corresponden al Marco de Muestreo Nacional de Viviendas (MMNV), una muestra probabilística maestra de áreas cuyo dominio es el total urbano-rural del país. A efectos de mantener la comparabilidad con la ENFR 2005, dicho universo se acotó a las localidades de 5.000 o más habitantes, que representan a cerca del 90% de la población del país. A diferencia de la encuesta previa, la ENFR2009 permitió obtener información representativa de siete aglomerados urbanos de más de 500.000 habitantes: Gran Buenos Aires, Gran Rosario, Gran Córdoba, Gran La Plata, Mar del Plata-Batán, Gran Mendoza y Gran San Miguel de Tucumán. A su vez, se decidió aumentar el tamaño de la muestra en esta jurisdicción hasta 9134 viviendas (5062 en GBA y 4072 en Resto de Buenos Aires), compensando con una reducción en el resto de las provincias. Este ajuste se realizó con el objetivo de disminuir la dispersión de los factores de expansión. También se aumentó el tamaño de la muestra en Ciudad de Buenos Aires y en los grandes aglomerados. Resultaron encuestables 42.188 viviendas, representando el 89,5% del total de viviendas seleccionadas (47.159). A partir de este conjunto se obtuvo respuesta en 34.934 viviendas, por lo tanto el rendimiento efectivo de la muestra, medido en viviendas, fue de 82,8%. En esas viviendas se encontraron 36.080 hogares, es decir que en el 2,6% de las viviendas hubo más de un hogar y en el total de viviendas encuestables de la muestra de origen (42.188), se logró información para la unidad de análisis, en un 79,8%.

Encuesta Nacional sobre Utilización y Gasto en Servicios de Salud

La Encuesta Nacional sobre Utilización y Gasto en Servicios de Salud, 2010, fue realizada a partir de un convenio entre el Ministerio de Salud de la Nación y el Instituto Gino Germani de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires. El eje teórico del estudio se basó en el supuesto de que existen desigualdades con relación a la cobertura, la utilización y el gasto en servicios de salud según distintas variables sociodemográficas: edad, sexo, nivel de instrucción, ocupación, nivel de ingreso y tamaño de la población. Los objetivos pueden resumirse en los siguientes puntos: a) Permitir una exploración de las bases sociales de la utilización y el gasto en servicios de salud a partir de una amplia información sociodemográfica de cada encuestado; b) Explorar la asociación entre estado de salud

(percepción subjetiva), utilización y gasto en servicios de salud y variables sociodemográficas, a partir de diferentes aproximaciones; y c) Explorar en qué medida el comportamiento sobre utilización y gasto en servicios de salud ha variado en los últimos años. Las temáticas específicas que contiene la encuesta en relación a la salud son a) Afiliación a algún sistema de atención de salud, b) Consultas con el médico, con el dentista y con otro profesional de la salud, c) Medicamentos, d) Análisis y tratamiento, e) Internación, f) Otros servicios de salud, g) Otras prácticas de salud, h) Lugar de atención, i) Quintiles de ingreso per cápita del hogar, j) Gasto de bolsillo en salud

El trabajo de campo se realizó entre agosto y octubre de 2010, y los pasos considerados para la muestra fueron los siguientes: en primer lugar, se elaboró la distribución de individuos del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001 de acuerdo a sus edades y aglomerados de residencia, y, en segundo lugar, se añadió el total de hogares por aglomerado y la proporción de los mismos con IPMH (Índice de Privación Material de los Hogares), sumando la privación coyuntural, la estructural y la conjunta. La muestra estuvo compuesta por 3128 personas: 2263 adultos (18 años y más) y alrededor de 865 menores (de 0 años a menos de 18 años). En el caso de los menores, respondió la encuesta la madre o algún otro adulto responsable. Se seleccionó una muestra estratificada en tres etapas de tamaño $n=2.200$ desde los $N=24.090.463$ individuos de 18 años y más. La muestra de adultos final fue de 2.263 casos, con lo que esta fracción resulta en 10.645,37 personas. Se definieron 28 estratos: 8 correspondientes a los aglomerados de inclusión forzosa, 15 correspondientes a los tres tamaños de aglomerados por las cinco regiones y 5 correspondientes a la población rural de las cinco regiones. Se levantó en los lugares que tenían 300.000 y más habitantes, incluyendo los ocho aglomerados de inclusión forzosa.

Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de los Adultos Mayores (ENCaViAM)

Es una encuesta desarrollada a finales de 2012 por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC), con asesoramiento de la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores de la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia del Ministerio de Desarrollo Social. Es una encuesta por muestreo, mediante cuestionarios administrados a la población de 60 y más años. El método de relevamiento de la encuesta fue el de entrevista directa en la vivienda, donde se entrevistó a cuantos adultos mayores de 60 años o más habían sido entrevistados en la Encuesta Anual de Hogares Urbanos (EAHU) durante el tercer trimestre de 2012, como extensión de la Encuesta Permanente de Hogares de 2010. Su diseño metodológico abarca 5 etapas, en combinación con EAHU y EPH, para seleccionar los conglomerados urbanos, las áreas y las viviendas, además de los grupos de rotación y los mayores de 60 años, siendo estas dos últimas etapas las propias de ENCaViAM. ENCaViAM se realizó dos meses después de la EAHU. De las 3.975 viviendas urbanas, seleccionadas originalmente, resultaron encuestables 3.512 viviendas, un 88,3%. Se seleccionaron 5.377 personas de las relevadas en la EAHU 2012 de las que contestaron 4.656, un 86,6%. Tiene una representatividad estadística para todo el país y para 6 regiones estadísticas. Su objetivo general es generar información específica sobre la calidad de vida de la población de 60 años o más, a través la obtención de datos sobre la autopercepción del estado de salud, algunos problemas en la salud y limitaciones para realizar las actividades básicas, los tipos de ayuda que los adultos mayores dan y reciben el nivel de participación en distintas actividades, la percepción de los adultos mayores en relación con el maltrato, y el nivel de satisfacción con la vida. Estos contenidos pueden ser analizados a través de indicadores que cubren los temas anteriormente mencionados. La Encuesta permite establecer segmentaciones por sexo, grupos de edad, nivel

educativo, tramos de ingresos, etc. Los datos están disponibles en formato de microdatos como texto plano, registrándose a nivel de usuario.

1.3.2. España

Censos de Población y Viviendas de 2011.

Es la operación estadística de carácter demográfico que se realiza en España cada diez años, en este caso con referencia 1 de noviembre de 2011. Las cifras de población se han obtenido utilizando previamente la información existente en distintos registros administrativos, siendo el Padrón Continuo el principal de ellos, para levantar una encuesta del más del 12% de la población española. Permite conocer las características de las personas (sexo, edad, nacionalidad, estudios, situación laboral, migraciones y movilidad,...), de los hogares (tamaño, composición, parejas y núcleos...), de los edificios (número de plantas, estado, año de construcción...) y de las viviendas (régimen de tenencia, superficie, habitaciones,...). A través del sitio del INE se pueden obtener tablas elaboradas, en varios dominios como personas, edificios, viviendas, hogares, parejas y núcleos, residentes en establecimientos colectivos y población vinculada. También es posible crear tablas específicas y descargar los microdatos en línea y acceder a demandas específicas a petición, de acuerdo a criterios de confidencialidad. El INE ofrece amplia información sobre el proceso estadístico, diferenciando entre el censo de Población y Viviendas y el de Edificios (exhaustivos y georreferenciado), así como la metodología para el cálculo de la población censal y la población vinculada, es decir, el conjunto de personas que tienen algún tipo de vinculación con el municipio, al ser residentes, o trabajadores o estudiantes y habitantes del municipios durante ciertos periodos durante el año. Se accede a toda la información en http://www.ine.es/censos2011_datos/cen11_datos_inicio.htm.

Padrón Municipal de Habitantes (Padrón Continuo).

Es el registro administrativo de los habitantes de cada municipio español, gestionado por los propios ayuntamientos y mantenido por el INE desde 1996 mediante un sistema de gestión continua e informatizada. Es un instrumento que esencial para la toma de muestras generales y específicas sobre la población española y para la construcción del Censo Electoral. Su explotación estadística ofrece información a fecha fija, 1 de enero de cada año, y sirve para fijar la población oficial española. Se pueden obtener tablas y ofrecer microdatos sobre los datos que recoge, que son los básicos para la identificación del individuo como el lugar de residencia, el sexo, la edad, la nacionalidad y el lugar de nacimiento hasta un nivel de desagregación municipal y por sexo, nacionalidad y edad hasta el nivel de sección censal. Tiene una gran utilidad para la representación gráfica y cartográfica de las variables esenciales de la población española en el momento actual, con un año de retraso. Se puede acceder en <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft20%2Fe245&file=inebase&L=0>

Encuesta de Presupuestos Familiares (EPF).

Es una encuesta que se está desarrollando desde 1997, siendo la última la de 2011, que utilizó una muestra de casi 23.000 hogares. Desarrolla módulos específicos sobre temas como el trabajo doméstico en 2009 y el bienestar en 2010. Suministra información anual sobre la naturaleza y destino de los gastos de consumo en diferentes bienes y servicios, así como sobre diversas características relativas a las condiciones de vida de los hogares españoles, excluyendo a la población que se encuentra en instituciones. Los gastos incluyen el flujo monetario que destina el hogar al pago de determinados bienes y servicios de consumo final, y el valor de los bienes percibidos en concepto de autoconsumo, autosuministro, salario en especie, comidas gratuitas o bonificadas y alquiler imputado a la vivienda en la que reside el hogar. Ofrece datos a escala nacional y regional, sobre hogares (tipo, tamaño y principal fuente de ingresos), así como sobre la persona que más ingresos aporta al hogar, en forma de tablas agregadas y ficheros de microdatos en formatos estándar para el análisis estadístico, a los que se puede acceder en el sitio <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft25%2Fp458&file=inebase&L=0>

Encuesta de Población Activa (EPA).

Es una encuesta continua trimestral dirigida a las familias, realizada desde 1964. La muestra inicial es de 60.000 familias entrevistadas al trimestre que equivalen a unas 180.000 personas. La metodología está adecuada a la Oficina Estadística europea (EUROSTAT) habiéndose modificado recientemente para adaptarse a los cambios sociales y demográficos que se han producido en España. Es uno de los instrumentos de mayor consistencia y prestigio para conocer la situación coyuntural de la economía y la sociedad españolas. Se obtienen de ella datos sociodemográficos, de empleo (profesiones, ocupaciones, subempleo, horas de trabajo, contratos) y de desempleo (condiciones, procesos de búsqueda de trabajo), que se ofrecen atendiendo a los tipos de población (activos, ocupados, parados, inactivos), residente en hogares y viviendas familiares, filtrados por varias variables de clasificación y referidos a periodos trimestrales o anuales. La escala geográfica, al ser una muestra muy amplia, es muy diversa también, abarcando al total de la población española, por regiones y por provincias. Además, la EPA desarrolla módulos específicos cada año, como, por ejemplo, sobre accidentes laborales, transición al mercado de trabajo, población con discapacidad en el empleo, aprendizaje en el trabajo, condiciones de trabajo, conciliación del trabajo con la familia, empleo y jubilación o problemas de salud en el empleo. Se puede acceder a los datos en http://www.ine.es/inebaseDYN/epa30308/epa_inicio.htm para la búsqueda de tablas agregadas y para la descarga de microdatos en formatos estándar para el análisis estadístico.

Encuesta de Empleo del Tiempo (EET).

Esta encuesta ha tenido dos levantamientos, en 2002-2003 y 2009-2010. La última encuesta entrevistó a más de 10.000 participantes mayores de 10 años que viven en viviendas particulares son muestreados a escala nacional y regional y son requeridos para rellenar un cuestionario individual y un libro de actividades diarias. A través de estos instrumentos se recoge información primaria para conocer la dimensión del trabajo no remunerado realizado por los hogares, la distribución de las responsabilidades familiares del hogar, la participación de la población en actividades culturales y de ocio, el empleo del tiempo de grupos sociales

especiales (jóvenes, desempleados, ancianos, etc.) con el fin de que se puedan formular políticas familiares y de igualdad de género y estimar las cuentas satélites del sector de los hogares. Los datos se pueden obtener en forma de tablas agregadas y ya preparados, y también en ficheros de datos originales dispuestos para ser analizados de forma específica. Se puede entrar a consultar la información técnica de la encuesta, a los resultados detallados y a los ficheros de microdatos en <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft25%2Fe447&file=inebase&L=0>

Encuesta de Participación de la Población Adulta en Actividades de Aprendizaje (EADA).

Es una encuesta específica, completada en 2011, sobre la población entre 18 y 65 años que viven en viviendas particulares, cuyo número ascendió a casi 18.000 entrevistas, muestra obtenida del Padrón Continuo, y que cubre al total de la población española y sus regiones. Investiga los rasgos de la población implicada en actividades de aprendizaje, en la que se investigan, para los individuos y los hogares, aspectos relacionados con su educación formal, no formal e informal, los rasgos de ese aprendizaje, la accesibilidad y las dificultades en la formación cuando son mayores, sus capacidades de aprendizaje, su relación con TICs (Tecnologías de la Información y Comunicación) o su implicación en el ámbito cultural. Los datos se ofrecen filtrados por variables de clasificación como sexo, edad, lugar de nacimiento, nacionalidad, nivel educativo, situación económica, participación social y tipo de hogares, tanto para regiones como para los ámbitos rural y urbano. Se ofrecen información sobre metodología, errores de muestreo y evaluación de la falta de respuesta en línea en el sitio <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft13%2Fp459&file=inebase&L=0>. Las tablas agregadas por los principales temas de la encuesta y la descarga de microdatos en formatos compatibles completa la oferta de información del INE.

Encuesta Nacional de Salud (ENS).

Es una encuesta que el INE realiza en colaboración con el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI) y está dirigida a las familias. Es una de las operaciones esenciales de la estadística pública de carácter social en España, no solo por su importancia para el diseño de políticas públicas, sino también por su homogenización a escala europea. Activa desde el año 1987, la muestra de la encuesta 2011-2012 es de aproximadamente 21.000 individuos mayores de 15 años, además de 5.000 menores de 14 años, distribuidos por regiones y encuestados en hogares. Tiene por objetivo la obtención de datos sobre el estado de salud y los factores determinantes del mismo desde la perspectiva de los ciudadanos. Se analizan aspectos relacionados con la salud física y mental, identificando los problemas de salud fundamentales para la población (enfermedades, dolores, accidentes, limitaciones funcionales), y con los factores de riesgo relacionados con los comportamientos individuales, así como con las características del entorno residencial. También se investiga el acceso a los servicios sanitarios. Se pueden establecer análisis cruzados con las principales variables sociodemográficas y geográficas. La información disponible en línea son los documentos de carácter metodológico, las tablas agregadas por los principales temas de interés de la encuesta y las variables de clasificación básicas y los datos originales de la encuesta en formatos adecuados para su análisis (<http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t15/p419&file=inebase&L=0>).

Encuesta de Morbilidad Hospitalaria (EMH).

Se trata de un producto con una larga tradición en la estadística pública española porque se realiza anualmente desde 1951, aunque sus datos están registrados y homogenizados desde 1978. Su principal objetivo es conocer la estructura y evolución de la morbilidad hospitalaria en España, es decir, de las personas enfermas que han registrado su ingreso en los hospitales. En concreto, trata de medir la morbilidad en función de los distintos diagnósticos, siguiendo la Clasificación Internacional de Enfermedades, la estancia media en el hospital por tipo de diagnóstico y el ámbito de influencia o grado de atracción de los hospitales. A partir del año 1977 la Encuesta fue reformada y su ámbito se hizo nacional extendiéndose a todos los hospitales del país tanto públicos como privados, pues en su origen sólo incluía con carácter obligatorio a los hospitales públicos, siendo voluntaria la participación de los centros privados, de acuerdo con la implantación del uso obligatorio de dos documentos sanitarios básicos: El Libro de Registro de Enfermos y la Ficha del Enfermo, que suponían un registro sistemático de todos los enfermos que ingresaban y salían del hospital. Se ofrece información desglosada para toda España y las regiones, en forma de tablas agregadas disponibles según los datos de los pacientes y hospitales en los que han estado ingresados y recibida el alta médica, pudiendo usarse también los datos originales, convenientemente anonimizados, disponibles en formato Excel en <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t15/p414&file=inebase&L=0>

Encuesta de Discapacidades, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia.

Es una operación estadística, en formato macro-encuesta, que pretende dar respuesta a la demanda de información por parte de las Administraciones Públicas y de numerosos usuarios, sobre la discapacidad, la dependencia, el envejecimiento de la población y el estado de salud de la población residente en España. Su metodología sigue las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, y en particular las clasificaciones internacionales vigentes. Se han realizado tres : la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Minusvalías (EDDM1986), la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud (EDDS1999) y la Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD2008). Esta última se estructura en dos cuestionarios, uno de Instituciones dirigido a los centros residenciales para mayores y a las personas que viven en ellos, y otro de Hogares (para analizar aspectos relacionados con la discapacidad, las limitaciones funcionales y la función del cuidador). Este último ha muestreado más de 91.000 hogares y más de 250.000 individuos, mayores de 16 años y menores de 5 años, a partir de los datos del Padrón Continuo, cubriendo toda la población española y sus regiones. El cuestionario de hogares requiere información sobre discapacidades físicas, salud y relaciones sociales, y datos de los cuidadores de salud, y la estructura por variables sociodemográficas básicas (sexo, edad relaciones familiares, país de nacimiento, estado civil, nivel educativo relación con la actividad datos en empleo y ocupación y provincia de residencia). El INE ofrece en línea datos en forma de tabla para España y las regiones, de las principales variables de la encuesta así como datos originales en formatos adecuados para su análisis (<http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t15/p418&file=inebase&L=0>).

Estadística de Defunciones según Causas de Muerte.

Es un producto basado en los registros de defunciones según la causa de muerte, según la Clasificación Internacional de Enfermedades, que se recoge mensualmente, aunque se publican anualmente, homogenizadas desde 1975. Las fuentes principales son los registros administrativos y judiciales, es decir, el Certificado Médico de Defunción, el Boletín Estadístico de Defunción y el Boletín Judicial de Muerte, que se recoge para toda la población española por lugar de residencia. La información que ofrece es el número de muertes y suicidios (y las muertes fetales tardías) y las tasas de mortalidad estandarizadas y los años potenciales de vida perdidos, además de las variables de clasificación necesarias (causas de la muerte, edad, sexo, nacionalidad y lugar de residencia), todo ello disponible en forma de tablas agregadas a varias escalas geográficas. Su objetivo principal es mejorar la calidad de la información de las causas de muerte, adaptando la forma de recogida de dichas variables a las recomendaciones de la OMS y Eurostat, utilizando el para recoger las causas de muerte. La información está disponible en línea en <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t15/p417&file=inebase&L=0>.

Encuesta de Condiciones de Vida.

La Encuesta de Condiciones de Vida es una encuesta armonizada dentro de la Unión Europea, activa desde 2004, siendo su última versión la de 2013. Está dirigida a hogares y a personas mayores de 16 años, que rotan cada cuatro años, con representación nacional y regional, para una muestra de 16.000 hogares. Sus objetivos fundamentales son estudiar la pobreza y desigualdad, seguir la cohesión social en el territorio de su ámbito, estudiar las necesidades de la población y del impacto de las políticas sociales y económicas sobre los hogares y las personas, en el diseño de nuevas políticas. Para ello investiga, a través de cuestionarios de hogar e individuales, datos sobre ingresos de los hogares privados y en general sobre su situación económica, sobre la pobreza y carencias, sobre empleo y actividad, sobre jubilaciones, pensiones y situación socioeconómica de las personas mayores, sobre la vivienda y costes asociados a la misma y sobre el nivel de formación, salud y efectos de ambos sobre la condición socioeconómica. Además permite obtener datos sobre las variables socio-demográficas básicas. Toda la información metodológica y del proceso de toma de datos, así como de las tablas agregadas de acuerdo a las principales dimensiones de la encuesta y de los microdatos disponibles para análisis específicos, en formato estándar, puede accederse a través del sitio en línea <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft25%2Fp453&file=inebase&L=0>.

1.3.3. México

Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2009 (ENADID).

La serie de la ENADID inició en 1992 con el propósito de captar información y de este modo generar estadísticos actualizados y confiables sobre los niveles y estructura de la fecundidad

(como tema central), mortalidad y migración, atendiendo con profundidad simultáneamente estos componentes de la evolución poblacional y una vasta gama de factores condicionantes. Posteriormente, en 1997 se levanta la segunda edición que actualiza e incrementa los datos proporcionados por la de 1992. En la ENADID 2009 se utilizarán dos instrumentos de captación: el Cuestionario para el hogar y el Módulo para la mujer. El primero, está integrado por cuatro secciones (I. Características de la vivienda; II. Residentes, hogares y lista de personas; III. Características de las personas; y IV. Migración a los Estados Unidos de América), las cuales permiten recabar información sobre las características de la vivienda, características sociodemográficas de los residentes y migración internacional; mientras que, el módulo para la mujer contiene cinco secciones (V. Fecundidad e historia de embarazos; VI. Preferencias reproductivas; VII. Anticoncepción; VIII. Salud materno infantil (último embarazo); y IX. Nupcialidad) de preguntas dirigidas a mujeres que tienen entre 15 y 54 años; y se aplica a cada mujer residente de la vivienda que tenga esta característica.

Fuente: Manual de la entrevistadora. ENADID 2009/ Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Aguascalientes, México: INEGI, 2010.

Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo 2011 (ENOE).

La ENOE capta información de manera continua en los hogares sobre las características sociodemográficas de sus integrantes y la situación laboral de éstos. La información que genera es indispensable para la instrumentación de programas tendientes a mejorar las condiciones laborales, ya que proporciona información sobre el volumen y distribución de la población económicamente activa y no activa, de la población que busca empleo o trabajo por su cuenta, la categoría en el empleo, las condiciones laborales (su pertenencia a un sindicato, la disposición de contrato, las prestaciones sociales, el horario, la forma y monto de pago), la antigüedad en el mercado laboral, la disposición de un segundo trabajo, la búsqueda de otro trabajo, los antecedentes laborales y, además, genera información acerca del tamaño de las unidades económicas y las caracteriza según el sector institucional en el que se insertan, entre otros aspectos. La ENOE también proporciona datos sobre las características sociodemográficas de los integrantes del hogar: sexo, edad, lugar de nacimiento, alfabetismo, etc., y acerca de la composición de los hogares. Asimismo, las cifras estadísticas generadas por esta encuesta permiten estudiar la estructura ocupacional de la población, sus cambios coyunturales y la dinámica de la oferta real y potencial de la mano de obra.

Fuente: Manual del entrevistador de la ENOE 2011/ Instituto Nacional de Estadística y Geografía. México: INEGI.

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT).

La ENSANUT 2012 ofrece información que constituye un diagnóstico actualizado de las condiciones de salud de los mexicanos, así como sobre la respuesta del sistema de salud a estas condiciones, y los resultados alcanzados: asimismo, permite identificar los retos en materia de salud hacia los próximos años, y formular las estrategias adecuadas para hacerles frente. La ENSANUT 2012 permite contar con información de base poblacional y probabilística sobre la cobertura de programas de salud en áreas básicas como las inmunizaciones, la atención a los niños, la salud reproductiva, la atención a padecimientos

crónicos, así como sobre los retos en salud como el control de la hipertensión arterial, la diabetes, el sobrepeso y la obesidad, los accidentes y la violencia, entre otros. Permite además, analizar la protección en salud en México, y el desempeño de los proveedores de servicios de salud.

Fuente: Gutiérrez JP, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Villalpando-Hernández S, Franco A, Cuevas-Nasu L, Romero-Martínez M, Hernández-Ávila M. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública (MX), 2012.

Encuesta Nacional sobre Uso del Tiempo 2009 (ENUT).

La ENUT tiene como objetivo captar el tiempo destinado por las personas de 12 años y más a sus actividades diarias y contribuir a proporcionar los insumos de información estadística necesarios para la medición de todas las formas de trabajo de los individuos, incluido el remunerado y el no remunerado de los hogares.

Así pues, sus objetivos específicos son:

- Contar con información que permita evidenciar roles de género, respecto a los diferenciales en la participación de mujeres y hombres en el trabajo remunerado y no remunerado.
- Obtener información sobre las actividades cotidianas que realizan las personas, y el tiempo que dedican a cada una de ellas.
- Obtener información sobre la población que realiza trabajo doméstico, distinguiendo las actividades de producción primaria para los miembros del hogar, así como el tiempo que destinan a dichas actividades.
- Rescatar información sobre la población que efectúa actividades productivas de mercado, con la posibilidad de distinguir en especial a los trabajadores con más de un empleo y a los trabajadores por cuenta propia.
- Conocer la participación económica de las personas de 12 años y más, así como la magnitud del tiempo que destinan a esta actividad.
- Contar con información sobre la población que realiza actividades de trabajo gratuito para la comunidad y para otros hogares, así como el tiempo que destina para llevarlas a cabo.
- Captar información sobre la población que desarrolla actividades educativas y el tiempo que invierte.
- Identificar a la población que realiza actividades de esparcimiento, cultura y convivencia, y el tiempo que les dedican.
- Investigar el tiempo que destinan las personas a las actividades de cuidados personales.

La encuesta se comprende de las siguientes secciones: I. Características y equipamiento de la vivienda; II. Identificación de hogares en la vivienda y equipamiento del hogar; III. Características sociodemográficas; IV. Condición de actividad; V. Actividades realizadas por los integrantes del hogar; y VI. Actividades realizadas por personas de 12 años y más que no forman parte del hogar.

Fuente: Encuesta Nacional sobre Uso del Tiempo (2009). ENUT: metodología y tabulados básicos / Instituto Nacional de Estadística y Geografía, Instituto Nacional de las Mujeres. México: INEGI, 2012.

Study of Global Ageing and Adult Health 2002 (SAGE).

SAGE es parte de un programa de estudio longitudinal que recopila datos integrales sobre la salud y el bienestar de las poblaciones de adultos, y el proceso de envejecimiento en los distintos países, a través de la recopilación de datos primarios y análisis de datos secundarios.

Los objetivos generales del estudio son: examinar la forma en que las poblaciones reportan su estado de salud, medir el desempeño de los sistemas de salud en relación con la capacidad de respuesta, y reunir información sobre los modos y alcances de pago para la salud a través de una muestra representativa a nivel nacional. Además, aborda diversas áreas, tales como los gastos de atención de salud, la mortalidad adulta, la historia del nacimiento, diversos factores de riesgo, la evaluación de las principales enfermedades crónicas y la cobertura de las intervenciones sanitarias. Así pues, los objetivos del programa de la encuesta son los siguientes:

1. Desarrollar un medio para proporcionar información válida, fiable y comparable, a bajo costo, como complemento a la información suministrada por los sistemas de información de salud de rutina.
2. Construir una base para los responsables políticos que permita determinar si los sistemas de salud están logrando los objetivos deseados, y evaluar si la inversión en la salud es logro de los resultados deseados.
3. Proporcionar a los responsables políticos la evidencia que necesitan para ajustar sus políticas, estrategias y programas en caso necesario.

Fuente: Estudio sobre el Envejecimiento Global y la Salud del Adulto. (s.f.). Recuperado el 8 de julio de 2013, de https://siid.insp.mx/www/proyecto_detalle_v3.asp?id=230-6204

Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2011 (ENDIREH).

La ENDIREH tiene como objetivo generar información estadística sobre la frecuencia y magnitud de la violencia de pareja, así como la que experimentan las mujeres en los ámbitos escolar, laboral y comunitario, que sea comparable con la generada en 2006, con el propósito de coadyuvar en la conformación del Subsistema de Estadísticas sobre Violencia, dentro del Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica. Se diseñaron tres instrumentos de captación para atender a cada una de las poblaciones de estudio:

1. Cuestionario general y para mujeres casadas o unidas: el cuestionario general se conformó por 17 secciones temáticas. Las primeras tres están dedicadas a obtener los datos sociodemográficos del hogar, la cuarta permite verificar el estado conyugal de las mujeres de 15 años y más, mientras que las secciones I a XIII corresponden a las preguntas para mujeres que declararon estar actualmente casadas o unidas. Este cuestionario incluyó un total de 114 preguntas.

2. Cuestionario para mujeres alguna vez unidas (divorciadas, separadas o viudas): el instrumento se integró por 11 secciones temáticas e incluyó un total de 94 preguntas.
3. Cuestionario para mujeres nunca unidas (solteras): este cuestionario se integró por 10 secciones y un total de 53 preguntas.

Fuente: Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (2011). ENDIREH: Manual de la entrevistadora / Instituto Nacional de Estadística y Geografía. México: INEGI, 2012.

Censo de Población y Vivienda 2010.

El propósito fundamental del Censo de Población y Vivienda 2010 es contar a la población residente del país, actualizar la información sobre sus principales características demográficas y socioeconómicas, y ubicar su distribución en el territorio nacional; asimismo, enumerar a las viviendas y captar datos sobre sus características básicas. Además, se busca enriquecer la serie histórica de información demográfica y socioeconómica manteniendo en general la comparabilidad con los censos efectuados en México y en otros países; generar insumos para la elaboración de las proyecciones de población; y aportar información para la construcción de los marcos muestrales sobre los cuales se levantan las encuestas en hogares. El Censo 2010 está integrado por seis grandes apartados: Características demográficas, Características culturales, Características de las viviendas, Características sociales, Características económicas y Características de los hogares, cada uno de estos con sus respectivos subtemas. Entre los datos que se recaba encontramos: niveles de fecundidad y mortalidad, migración interna e internacional, educación, servicios de salud, etc.

Fuente: Censo de Población y Vivienda (2010). Levantamiento censal, Manual del supervisor de entrevistadores / Instituto Nacional de Estadística y Geografía. México: INEGI, 2010.

Encuesta Nacional sobre Cultura Política y Prácticas Ciudadanas 2008 (ENCUP).

La ENCUP tiene como objetivo general diagnosticar los rasgos de la cultura política y de las prácticas ciudadanas predominantes entre los mexicanos e identificar los factores que los explican y los condicionan, con la finalidad de incrementar el impacto de las acciones que impulse el Ejecutivo Federal dirigidas a contribuir y a promover transformaciones culturales que den sustento a la gobernabilidad democrática en México. La ENCUP registra la información en los siguientes instrumentos:

- Cuestionario socioeconómico (CS): tiene por objetivos identificar a los hogares de la vivienda, y fundamentalmente al hogar principal; conocer las principales características socioeconómicas de la población residente del hogar principal e identificar a la población de 18 años y más, ya que a esta última se le aplican las preguntas del Cuestionario ENCUP; obtener información sobre el resultado preliminar y final de la entrevista; y registrar el número de renglón del informante

del Cuestionario socioeconómico y el del informante elegido para el Cuestionario ENCUP.

- Cuestionario ENCUP: contiene 76 preguntas sobre la percepción que tienen las personas de la democracia, del sistema político mexicano y su evolución; de las decisiones, acuerdos, normas y actitudes políticas de las élites en el poder; normas y actitudes políticas de los ciudadanos; de la relación de los ciudadanos con el gobierno; la relación de ciudadanos con otros ciudadanos, y sobre las preferencias religiosas.

Las secciones temáticas que contiene la ENCUP son: VI. Tenencia de credencial de elector; VII. Evaluación del sistema político; VIII. Decisiones y acuerdos para gobernar de las élites; IX. Normas y actitudes de las élites; X. Normas y actitudes políticas de los ciudadanos; XI. Relación de los ciudadanos con el gobierno; XII. Evaluación del sistema político; XIII. Relación de ciudadanos con otros ciudadanos; XIV. Religiosidad.

Fuente: Encuesta Nacional sobre Cultura Política y Prácticas Ciudadanas. ENCUP (2008): Manual del entrevistador/ Instituto Nacional de Estadística y Geografía. México: INEGI, 2008.

Encuesta Mundial de Valores (World Value Survey) México 2005 (WVS).

El Estudio Mundial de Valores es una encuesta que se aplicó por primera vez en 1981 en Europa y otros países desarrollados que se ubican fuera de ésta. Desde entonces se aplica cada cinco años a muestras representativas nacionales en los cinco continentes. El objetivo del estudio es observar la evolución de los cambios valóricos en países y regiones del mundo. El Estudio Mundial de Valores observa los cambios políticos y económicos, las normas de la religión, los valores de la familia y explora cómo estos cambios afectan las bases del crecimiento y la estabilidad de las instituciones de la democracia.

Fuente: Informe de prensa, Estudio Mundial de Valores. (s. f.). Recuperado el 8 de julio de 2013, de <http://es.scribd.com/doc/17386809/Mori-Encuesta-Mundial-de-Valores>

Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México 2003 y 2012 (ENASEM).

Estudio de personas de 50 años y más sobre su estado y medidas de salud, depresión, desempeño de lectura y cognoscitivo, ayuda financiera y de tiempo de/a sus hijos, capacidad financiera y condición antropométrica. El ENASEM planea diseñar, recabar, y difundir los datos para alcanzar diversos objetivos de investigación incluyendo los siguientes:

- Examinar los procesos de envejecimiento, las enfermedades y la carga de discapacidad en un panel representativo de adultos mayores mexicanos.
- Evaluar los efectos que tienen los comportamientos individuales, las circunstancias de la vida a edades tempranas, la historia sobre migración y la historia económica, las características de la comunidad, la familia y los sistemas de transferencia, sobre múltiples resultados de salud.
- Comparar la dinámica de la salud de los adultos mayores Mexicanos con la de los migrantes a los EEUU nacidos en México y la segunda generación de mexicoamericanos usando bases de datos de los EEUU comparables con el

ENASEM (por ejemplo, la encuesta bienal del Health and Retirement Study - HRS) para evaluar la durabilidad de la ventaja de la salud del migrante en EEUU.

- Evaluar todos los componentes del estado de salud de la población para entender las condiciones de tres grupos dependiendo de su condición de migración: los migrantes nacidos en México que viven en los EEUU, los migrantes que regresan a México después de varias estancias en los EEUU, y los mexicanos sin historial de residencia en los EEUU.
- Considerar las formas en que los sistemas de transferencias intergeneracionales durante la vejez, afectan la dinámica de la salud en un país donde la migración es común y las remesas pueden servir como pago por inversiones anteriores o como seguro contra la incertidumbre en la vejez.

El contenido de la ENASEM incluye:

- Salud en múltiples dominios (auto-reporte de salud, enfermedades crónicas, informes de síntomas, funcionalidad, depresión, cognición y aspectos psicosociales).
- Las condiciones socioeconómicas (actuales y de la infancia), historia laboral, seguro médico, gastos de salud.
- Los antecedentes familiares (estructura familiar, patrones de transferencias, arreglos para el cuidado, salud e historias de migración de los encuestados, padres e hijos), los hijos (independientemente de su lugar de residencia) y los residentes del hogar.
- Ingresos, bienes, historia de pensiones, vivienda actual, y la calidad del entorno construido.

Fuente: Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México. (s.f.). Recuperado el 8 de julio de 2013, de http://www.mhasweb.org/StudyDescription_Esp.aspx

Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Familias en México 2005 (ENDIFAM).

Los objetivos centrales de la Encuesta sobre la Dinámica de las Familias (ENDIFAM) son conocer las características más importantes de la dinámica de las familias mexicanas e identificar los cambios que han tenido lugar a partir de la segunda mitad del siglo veinte. Consideramos que, durante ese período, hubo tres procesos principales que transformaron de manera significativa las relaciones intra familiares y el papel social de la familia: la expansión de la escolaridad entre niños y jóvenes, el ingreso creciente de las mujeres al mercado laboral y la expansión del control de los nacimientos. Estos procesos subyacen a cambios en la forma como los miembros de la familia se relacionan y, también, a cambios en el papel que juegan las familias en la sociedad. Contiene las siguientes secciones: arreglos familiares, relaciones entre hijos y padres, relaciones entre hermanos, familia política, personas cercanas, solidaridad en la vida cotidiana (ayudas dadas y recibidas), solidaridad en momentos de crisis, el papel de la familia en la búsqueda de empleo, noviazgo, edad a la primera unión, situación de pareja, separación y divorcio, y dinámica intrafamiliar y concepciones de género.

Fuente: Ariza et al. Encuesta nacional sobre la dinámica de las familias, 2005. Recuperado el 7 de julio de 2013, desde [http://investigadores.cide.edu/crow/GESOC/Puebla/Informe%20ENDIFAM%202005%20\(2\).pdf](http://investigadores.cide.edu/crow/GESOC/Puebla/Informe%20ENDIFAM%202005%20(2).pdf)

Encuesta Demográfica Retrospectiva (EDER).

La Encuesta Demográfica Retrospectiva (EDER) se trata de una encuesta longitudinal de cohorte (se sigue a grupos de individuos a lo largo del tiempo, pudiendo variar los individuos en cada momento de recolección de datos). Se levantó por primera vez en 1998 y es el primer proyecto en recolectar historias de vida de una muestra representativa de mujeres y hombres a nivel nacional. Registra los antecedentes familiares, transiciones y trayectorias demográficas de tres cohortes de edad: nacidos en 1936-1938, nacidos en 1951-1953 y nacidos en 1966-1968. Los principales temas que cubre son: migración, escolaridad, historia laboral, historia de familias, nupcialidad, antecedentes familiares, situación socioeconómica durante la infancia, y las características de la vivienda. Sin embargo, esta encuesta no recaba información sobre existencia de redes sociales, violencia, participación política social y comunitaria, salud (aunque sí sobre fertilidad y uso de anticonceptivos), uso del tiempo, y valores, actitudes, emociones y creencias de los individuos, y el entorno físico. Asimismo ofrece información limitada sobre la dimensión económica. Aunque por su carácter longitudinal tiene las características para poder examinar a lo largo del tiempo el proceso de envejecimiento, las dimensiones de éste que se pueden estudiar son muy limitadas.

Encuesta sobre Salud, bienestar y Envejecimiento 1999 (SABE).

Esta encuesta, financiada por la OMS, ofrece un panorama transversal comparado entre países, con sus respectivas capitales: Buenos Aires (Argentina), Bridgetown (Barbados), Santiago (Chile), La Habana (Cuba), México (México), Montevideo (Uruguay). Por lo tanto, la encuesta proporciona datos sobre la Ciudad de México, pudiendo no ser estos extrapolables al conjunto de población del país. Se trata de una encuesta que aborda distintas dimensiones del proceso de envejecimiento como, por ejemplo, salud y autoevaluación de la misma, acceso y uso de servicios de salud, uso de medicamentos, salud mental, actividades de la vida diaria, antecedentes laborales e ingresos, propiedad, así como transferencias familiares e institucionales. Adicionalmente se recabaron datos antropométricos. Esta encuesta ofrece distintas dimensiones de análisis, pero los principales problemas para el uso actual de la misma son la falta de representatividad nacional y el tiempo transcurrido desde su levantamiento (15 años).

Encuesta Nacional sobre Capital Social (ENCAS) 2011.

Esta encuesta es resultado del esfuerzo conjunto de la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL) y Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Su diseño parte de la definición de capital social como “las normas y redes sociales que permiten la acción colectiva, es decir, aquéllas que propician que los miembros de una comunidad o una localidad actúen de manera conjunta en la persecución de un fin común”. La información permite conocer las formas de capital social, redes y acción colectiva. Se realizó por primera vez en 2006 en el medio urbano (ENCASU 2006), y en 2011 su cobertura incorporó al medio rural (ENCAS 2011). Es una encuesta muy útil para medir el capital social y la intensidad del mismo. Se centra en toda la población.

1.4. Valoración

En general, los sistemas estadísticos públicos de Argentina, España y México cumplen de forma excelente los requerimientos internacionales para la producción de datos de calidad. Estos países tienen una larga tradición en la producción de datos estadísticos por la relevancia de los mismos, a pesar del costoso esfuerzo por desarrollar y mantener en el tiempo diversas fuentes de datos. Se asume su papel esencial en el diseño y puesta en funcionamiento de las políticas nacionales que demandan información, la consolidación de una infraestructura territorialmente estructurada para la toma de datos, el uso de metodologías para el levantamiento de datos, armonizadas a escala internacional, y la función social de transferencia de la información producida a la investigación y a la sociedad en general. Estos países se han conseguido dotar de una estructura de acceso a los datos que facilita, de una forma decisiva, su consecución inmediata, en formatos estándar para el análisis estadístico, y también de la documentación necesaria para su correcta interpretación.

En su conjunto, también se puede afirmar que las estadísticas de estos países están diseñadas para diseccionar fenómenos sociales de carácter multidimensional. Ello es especialmente notorio en el caso del envejecimiento de las poblaciones, al desarrollar aproximaciones a conceptos flexibles como las condiciones de vida de las personas, la discapacidad como fenómeno no solo de salud, sino también social, la situación económica de las familias, los arreglos y las redes familiares y sociales, o el uso del tiempo. Todo ello sin olvidar que el producto principal de la estadística pública es el conocimiento de los rasgos sociodemográficos de las poblaciones y de las distribuciones de los fenómenos sociales en las distintas escalas geográficas.

Para el estudio concreto del proceso de envejecimiento de la población son más bien pocas las encuestas que han sido planteadas explícitamente con dicho objetivo, aunque diversas encuestas específicas, relevando datos de individuos, hogares, familias, viviendas, ... pueden servir para fundamental el conocimientos de las poblaciones adultas mayores en Argentina, España y México. Hay algunas ideas a tener en cuenta a la hora de extraer conclusiones. La primera de ellas tiene que ver con la consideración culturalmente diferenciada del fenómeno del envejecimiento, en su conjunto, y de los rasgos socioeconómicos de esa población. A ello contribuyen no solo la delimitación de la población objeto de estudio, que es desigual entre los tres países, como reflejo de la diferente situación en la que se encuentra la estructura demográfica en relación con su desarrollo en las últimas décadas. En general, en España tiende a ser considerada 'población mayor de edad' a partir de los 65 años, mientras en Argentina y México las fuentes tienden a señalar el umbral en los 60 años. Asociada con esta consideración, en segundo lugar, otros conceptos, como actividad, ocupación, ingresos, estado de salud, discapacidad, relaciones sociales e intergeneracionales, vivienda, hogares, etc. son valorados y medidos de forma diferente, de manera que las categorías de las variables ni son definidas, ni 'nombradas' de la misma manera, lo que dificulta su categorización para obtener comparabilidad. Aunque no debe ser un problema mayor, la solución debería orientarse hacia el seguimiento de estándares internacionales en la definición y clasificación de conceptos ligados con la demografía de los estados. Esa solución es teóricamente más complicada en los países latinoamericanos que en España, mucho más apegada a las directrices de Eurostat, la oficina estadística de la Unión Europea. Un tercer elemento de reflexión tiene que ver con el distinto esfuerzo que los estados hacen por facilitar el acceso a los datos de las poblaciones, esenciales para el análisis y diagnóstico de situaciones y para el diseño de políticas. Se demuestra en este trabajo la forma habitual de proceder en los estados en este sentido, mediante la combinación de fuentes censales, de amplio espectro y propósito general, y de

encuestas generales en su formato (tienden a afectar a la población total) y específicas en su contenido.

En este sentido sería de enorme utilidad poder disponer en esos años futuros de fuentes estadísticas más completas y diversas que permitan apreciar esta evolución prevista en las actuales. Además, existe un reto mucho más perentorio cual es el de conseguir la comparabilidad de datos entre países, que no solucionan, a un nivel específico, los repositorios de datos internacionales, como es IPUMS.

1.5. IPUMS, como repositorio de fuentes

La *Integrated Public Use Microdata Series* (IPUMS, www.ipums.org) es una colección de muestras de microdatos censales recopilados por el Minnesota Population Center (MPC) de la Universidad de Minnesota. El IPUMS Internacional tiene como propósito recolectar y distribuir datos censales en el mundo, armonizados y sin costo para el usuario especializado. Este centro ha identificado que la preservación de la información, su acceso y la distribución de los datos censales son grandes problemas para su uso a nivel internacional, además de la ausencia de un proceso riguroso de armonización estadístico y conceptual.

El IPUMS cuenta con información de 79 países, 258 censos y datos de 560 millones de personas. Desde 1999, año en que nació el proyecto, hasta el momento es el sistema de mayor información colectada en todo el mundo, que puede analizarse a través de muestras censales en una gran cantidad de variables que van desde aspectos sobre la vivienda hasta variables socio-demográficas y socio-económicas. Con acuerdos con organismos internacionales, como el Centro Latinoamericano de Demografía, se han podido rescatar series de censos preservados en procesamientos técnicos ahora en desuso, para lo cual el MPC ha actualizado su formato en técnicas más amables para el usuario, lo cual asegura su preservación y resguardo. A partir de ese acercamiento IPUMS tiene información para la región de América Latina, Caribe y Euroasia.

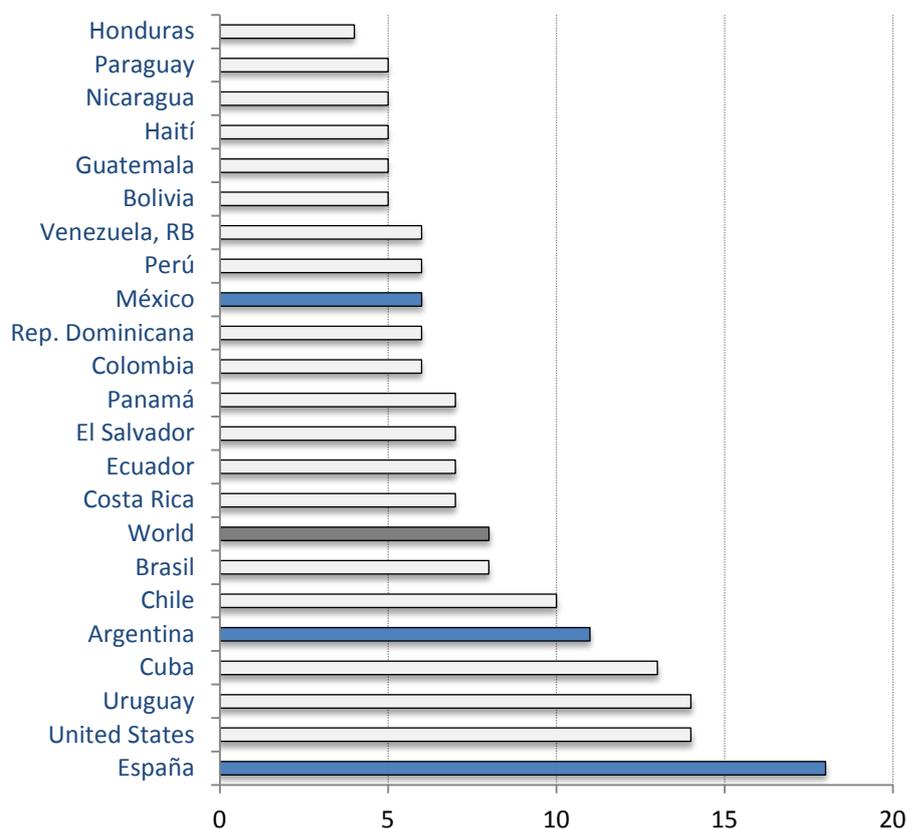
Aunque el sistema IPUMS puede presentar errores de muestreo y dificultades en la estimación de varianza, según se señala desde MPC, también se indica que el propósito de esta colección de microdatos censales es ser usado para el cálculo de modelos multivariados y estadísticas especializadas. No hay duda que este sistema está en perfeccionamiento y representa la forma de trabajo más progresista para análisis de datos entre países que pueda existir en este momento y tal vez sea la semilla de algo más.

2. DINÁMICA Y ESTRUCTURA DE LA POBLACIÓN

Autoría:

Julio Pérez Díaz
Sonia Frías Martínez
Irene Casique Rodríguez
Gloria A. Lynch
José Luís Castrejón
Liliana R. Bilevich de Gastrón.

Figura 2.1. Mayores de 64 años (%) en el mundo, América Latina (por países), España y EEUU. 2013



Fuente: World Development Indicators 2014, The World Bank site (last update 04/09/2014)

La descripción y comparación de las poblaciones resulta un punto de partida obligado para explorar conjuntamente el envejecimiento activo en Argentina, España y México. El propio proceso de envejecimiento de las personas y de las poblaciones tiene en los cambios demográficos una clave interpretativa y explicativa ineludible.

A continuación se describen los principales rasgos de la dinámica de la población y de sus características sociodemográficas en los tres países integrantes del proyecto. Se parte de una revisión de los trabajos y explotaciones previamente existentes que permitan datos análogos y comparables sobre los principales elementos de cambio de la dinámica poblacional y la estructura por edades, su evolución histórica, sus causas y consecuencias sociales en cada país.

Adicionalmente buscamos plantear un análisis alternativo de las distintas conclusiones a las que puede conducir esa información, obviamente ligadas al marco interpretativo con el que se entienda la modernización demográfica.

Desde las interpretaciones tradicionales del cambio demográfico, el envejecimiento poblacional es visto como un resultado indeseado y de efectos perniciosos. En ejercicios comparativos entre países con un contexto geográfico, cultural o socioeconómico muy diferente, se suele concluir que resulta ventajosa la situación de los menos “envejecidos”, pese al desmentido constante de la realidad.

En este trabajo proponemos un marco analítico diferente, el de la Revolución Reproductiva (MacInnes & Pérez, 2008 y 2009), en el que el envejecimiento demográfico y la “modernidad” económica y social encajan de un modo mucho más natural y con una visión mucho más esperanzadora respecto a las posibilidades futuras de participación de cada edad y beneficio mutuo entre todas ellas. Este último efecto resulta especialmente importante para la manera de encarar el futuro desde países que actualmente incluyen proporciones escasas de adultos mayores, pero que las verán aumentar muy rápidamente en los próximos años, como es el caso de México.

En este capítulo se utilizan fuentes secundarias oficiales, fundamentalmente el último censo levantado en cada uno de los tres países, así como otras estadísticas oficiales publicadas por las oficinas nacionales de estadísticas en cada país: Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) en Argentina, Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) en México y el Instituto Nacional de Estadística (INE) en España, así como datos publicados por la Organización Mundial de la Salud y el Banco Mundial.

Tabla 2.1. Indicadores Sociodemográficos Básicos

	ARGENTINA	MÉXICO	ESPAÑA
Volumen y estructura			
Población total	42.610.981 jul-13	116.220.947 jul-13	47.370.542 jul-13
Edad Media			
hombres	29,9	26,6	40,0
mujeres	32,1	28,8	42,6
Total	31,0	27,7	41,3
Distribución por grandes grupos de edad			
n°			
0-14 años:	10.686.029	31.855.748	7.278.275
15-64 años:	27.124.871	76.355.753	31.824.578
65 años y más:	4.800.081	8.009.446	8.267.689
%			
0-14 años:	25%	27%	15%
15-64 años:	64%	66%	67%
65 años y más:	11%	7%	17%
Total	100%	100%	100%
Hombres y mujeres por grandes grupos de edad			
H			
0-14 años:	5.468.773	16.268.424	3.747.028
15-64 años:	13.546.644	36.918.034	16.120.400
65 años y más:	1.987.344	3.574.207	3.514.051
Total	21.002.761	56.760.665	23.381.479
M			
0-14 años:	5.217.256	15.587.324	3.531.247
15-64 años:	13.578.227	39.437.719	15.704.178
65 años y más:	2.812.737	4.435.239	4.753.638
Total	21.608.220	59.460.282	23.989.063
Relación de masculinidad (hombres/mujeres)*100			
0-14 años:	105%	104%	106%
15-64 años:	100%	94%	103%
65 años y más:	71%	81%	74%
Total	97%	95%	97%
Dinámica			
Tasa de crecimiento			
Incremento anual	0,98% 2013 est.	1,07% 2013 est.	0,73% 2013 est.
Componentes del crecimiento			
TBN nac/1.000 habitantes	17,12 2013 est.	18,61 2013 est.	10,14 2013 est.
TBM def/1.000 habitantes	7,35	4,94	8,94
T Migra. Neta (saldo)/1.000 habitantes	0,00	-2,99	6,14
Indicadores de mortalidad			
T Mort. Materna (/100.000 nacidos vivos)	77 2010	50 2010	6 2010
T Mort infantil (/1.000 nacimientos)	10,24 2013 est.	16,26 2013 est.	3,35 2013 est.
hombres	11,45	18,04	3,68
mujeres	8,96	14,38	2,99
Esperanza de vida al nacer	77,32 2013 est.	76,86 2013 est.	81,37 2013 est.
hombres	74,09	74,03	78,37
mujeres	80,73	79,83	84,57
Esperanza de vida a los 60 años			
hombres	17 2012	21 2012	23 2012
mujeres	22	23	27
Fecundidad			
Índice Sintético de Fecundidad hijos/mujer	2,27 2013 est.	2,25 2013 est.	1,48 2013 est.

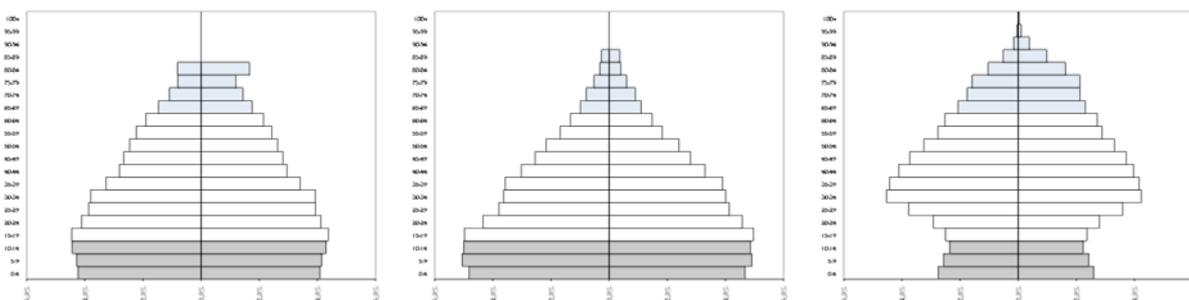
Fuente: <http://www.indexmundi.com> (28/02/2014)

2.1. Composición por edad de la población

La primera tabla de indicadores sociodemográficos básicos permite ya asentar la afirmación de que tanto Argentina como, sobre todo, México, con edades medias respectivas de 31 y 27,7 años, son países con una población notablemente más joven que España, donde la edad media es de 41,3.

Esto guarda poca relación, en principio, con los volúmenes poblacionales respectivos, pero conviene destacar que se trata de poblaciones de un tamaño considerable (especialmente México que, con sus más de 116 millones en la actualidad, prácticamente triplica a las otras dos). Es importante destacarlo porque el envejecimiento demográfico es siempre resultado de una combinación variable en la evolución de natalidad, mortalidad y migraciones, y el peso respectivo de tales factores a la hora de explicar una pirámide sí depende notablemente del tamaño poblacional. En poblaciones reducidas las migraciones son el factor explicativo principal, pero en poblaciones de estos tamaños la pirámide se explica por la dinámica natural, sin apenas papel de la migratoria.

Figura 2.2. Pirámides de población. Argentina, México, España (2010)



Fuente: Datos censales de INDEC y de INEGI, y estimación intercensal del INE para España

El ritmo y el estadio alcanzado, ciertamente, son muy distintos. En España los mayores de 64 años suponen hoy más del 17% de la población, mientras que en Argentina son el 11% y en México sólo el 7%. No se trata de los extremos en el espectro internacional, pero no cabe duda de que sitúan unos y otros en grupos muy diferentes y, de hecho, el peso de los mayores en México es inferior al del conjunto de América Latina e, incluso, al de la población mundial. México es un país demográficamente arcaico.

Una sencilla retrospectiva histórica nos dice que, si los ritmos de cambio fuesen iguales, entre México y España existiría un desfase de más de medio siglo (España alcanzó el 7% en mayores en los años 50). Pero la igualdad en los ritmos, con toda seguridad, no va a cumplirse: ni han sido uniformes en cada país, ni cabe esperar que Argentina, o especialmente México, vayan a seguir los tiempos de España. Lo más probable es que este último país afronte en las futuras dos décadas una aceleración en el creciente peso de los más mayores, a

medida que empiecen a traspasar los 65 años las generaciones más abundantes de su historia, nacidas en los años sesenta y setenta. En cambio Argentina y, sobre todo, México, verán aumentar el peso de la vejez en la medida en que su natalidad siga disminuyendo.

La gran diferencia actual entre los tres países se hace aún más notable en un indicador más sensible a los cambios, como es el índice de Envejecimiento (resulta de dividir el número de personas de 65 o más años entre las que tienen de 0 a 14). Desde el año 2000 los mayores en España sobrepasan a los menores. En el Censo de 2011 son ya 114.8 por cada 100 niños o jóvenes. Ciertamente, la distancia es muy notable respecto al otro extremo, el de la población mexicana, donde el índice es todavía de 21.3.

Tabla 2.2. Índice de Envejecimiento desde 1960 a 2010 en Argentina España y México

Año	Argentina	España	México
1960	18,4	30,1	7,7
1970	23,8	50,1	8,0
1980*	27,0	63,4	8,9
1990*	29,0	71,3	10,8
2000*	35,0	117,3	14,6
2010*	40,2	114,8	21,3

Fuente: Elaboración propia a partir de INE, Censos de Población y Viviendas 1950, 1960, 1970, 1981, 1991, 2001, 2011 (España); INEGI, Censo de Población y Vivienda 1950, 1960, 1970, 1980, 1990, 2000, 2010 (México); INDEC, Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 1947, 1960, 1970, 1980, 1991, 2001, 2010 (Argentina).

* En España los censos se hacen en el año siguiente.

El cambio español es, por tanto claramente más precoz, aunque está muy lejos de ser pionero. Todavía al empezar el siglo XX la proporción de mayores rondaba el 4%, mientras los menores suponían casi un tercio de la población total, un caso notable de retraso entre los países europeos. De hecho esos pesos respectivos estaban más próximos a las dinámicas demográficas pretrascionales, ancestrales, que a las de esa época en Europa.

La explicación de la estructura de edades ancestral (la “pirámide”) es que la reproducción poblacional siempre se consiguió en unos términos que pueden calificarse como de “eficiencia escasa”: las nuevas vidas traídas al mundo se malbarataban notablemente, a causa de una elevadísima mortalidad precoz, sin conseguir de ellas “rendimiento demográfico”. En consecuencia, la parte de cada generación que sí conseguía vivir lo suficiente para tener hijos estaba a obligada a tenerlos en una gran cantidad, y eso sin apenas otro resultado que el mantenimiento del volumen poblacional existente. Ese cambio, el de la ineficiente reproducción resultante de una escasa duración de la vida, acompañada ineludiblemente de una fecundidad elevadísima para simplemente evitar la extinción, es el que se inicia con retraso en España respecto a Europa, pero mucho más tarde en Argentina, y apenas hace unas décadas en México.

2.2. Dinámica de la población

La composición por edades se explica siempre, en cualquier población, por la particular combinación de los niveles de natalidad, mortalidad y de las migraciones durante la duración completa de la vida de las generaciones más longevas todavía presentes.

En la mayor población imaginable, la de la humanidad en su conjunto, las migraciones no han jugado nunca papel alguno en los cambios de la estructura por edades. El papel de este factor, el migratorio, sólo empieza a ser relevante a medida que descendemos en tamaño de las poblaciones, hasta acabar resultando el factor principal en las pequeñas unidades demográficas.

Dado que la menor de las tres poblaciones analizadas, la de Argentina, cuenta ya con más de cuarenta y dos millones de personas, puede descartarse de entrada que el proceso de envejecimiento poblacional sea, en ninguna de las tres, del tipo causado por el abandono de los jóvenes por emigración, tan característico en las pequeñas poblaciones de las zonas “obsoletas” y abandonadas, en cualquier momento y lugar en la historia humana. Muy al contrario, el país más envejecido de los tres, España, ha tenido en las últimas dos décadas un saldo neto inmigratorio de los más altos conocidos en el panorama internacional. Todavía en la actualidad, con una importante crisis económica y laboral, sigue siendo de 6,14% anual.

En el caso de Argentina, el saldo migratorio actual es prácticamente nulo. Las migraciones internacionales de procedencia en su mayoría de Europa, jugaron en la Argentina un papel fundamental hasta mediados del siglo pasado en el crecimiento, composición y distribución espacial de su población. Sin embargo, a partir del presente siglo comienzan a registrarse saldos negativos de argentinos, es decir, aparece la emigración como un elemento que cobra relevancia en un país tradicionalmente receptor.

Tampoco en el caso de México, pese a un saldo migratorio de -3 ‰, puede atribuirse a las migraciones un papel explicativo real en el envejecimiento poblacional. La emigración mexicana se ha visto siempre ampliamente compensada y superada por la natalidad, cuyo ritmo en 2013 era de +18,6 nacimientos por cada mil habitantes.

Por lo tanto en los tres países, con tempos e intensidades diferentes, se está produciendo un cambio de la pirámide poblacional que resulta de la modernización en las dinámicas demográficas, y no de la decadencia, la depresión y la emigración de los jóvenes, como de forma inmemorial ocurre en pequeñas áreas con el declive de su actividad económica.

Este proceso se interpretó siempre a partir de la Teoría de la Transición Demográfica. Las respectivas pirámides estarían reflejando la evolución combinada de mortalidad y natalidad en su fase de transición desde un “antiguo régimen” demográfico a otro “moderno”. Dicha teoría ha sido durante décadas muy útil para comparar los respectivos estadios de cada país en una supuesta evolución común, pero no explica las causas.

Es más fácil trascender la mera descripción y entender el contexto general de estos cambios en términos de “eficiencia reproductiva” (MacInnes & Pérez 2009). En ese marco se entiende que el descenso agregado de la mortalidad permita posteriores descensos de la fecundidad sin que por ello exista merma de la población, pero sí un cambio radical en la forma de las pirámides de población.

El primer y principal factor es la extensión de la supervivencia generacional más allá del inicio de las edades reproductivas. Difícilmente puede reducirse la fecundidad tradicional en un contexto de mortalidad infantil que ronda el 200‰ y que supera el 500‰ antes de llegar a los 15 años de edad. Por mucho que se quieran buscar factores culturales o valores diferentes en las decisiones reproductivas, el margen de decisión sobre la fecundidad es escaso en tales condiciones (aunque la variabilidad de los comportamientos individuales sea muy grande en este tema).

Estas condiciones de mortalidad precoz empezaron a alterarse definitivamente en algunos países pioneros de Europa a finales del siglo XVIII y ya de forma extendida durante el XIX. No es el caso de España, que todavía en 1900 mostraba una mortalidad infantil del 186‰ (con la correspondiente esperanza de vida, de apenas 34 años, la más baja del continente si se descuenta Rusia). Pero en el otro extremo de nuestra comparación, la mortalidad infantil de México en esos años rondaba el 300‰, mortalidad extraordinariamente alta incluso en términos pretransicionales (sin duda esto guarda relación con las muy diferentes condiciones de vida de las poblaciones urbanas y rurales, inmigradas e indígenas).

Así que el inicio de una mejora de la eficiencia del sistema reproductivo ocurre de manera tardía en los tres países, aunque en España haya ido primero y, sobre todo, se haya acelerado mucho en la segunda mitad del siglo XX.

En cualquier caso la supervivencia de los niños es un elemento de eficiencia reproductiva actualmente agotado. En España apenas supera ya el 3‰, prácticamente un récord internacional, pero también en Argentina (10,24‰), el progreso ha sido muy notable, e incluso en México, cuya tasa es todavía elevada en términos comparativos internacionales (16,26‰), el avance en términos históricos ha sido muy importante.

Figura 2.3. Tasa de mortalidad infantil en los tres países-



Fuentes: Respectivas publicaciones sobre el Movimiento Natural de la Población de INEGI, CONAPO e INE.

A medida que una proporción creciente de nacidos consigue alcanzar con vida edades fecundas, la eficiencia reproductiva experimenta un aumento amplificado. Cuando esa supervivencia se vuelve mayoritaria se atraviesa un umbral de eficiencia, los ritmos de crecimiento poblacional alcanzan niveles nunca vistos, y se empieza a disolver la ancestral “dictadura reproductiva” en la vida humana y, especialmente, en la vida de las mujeres.

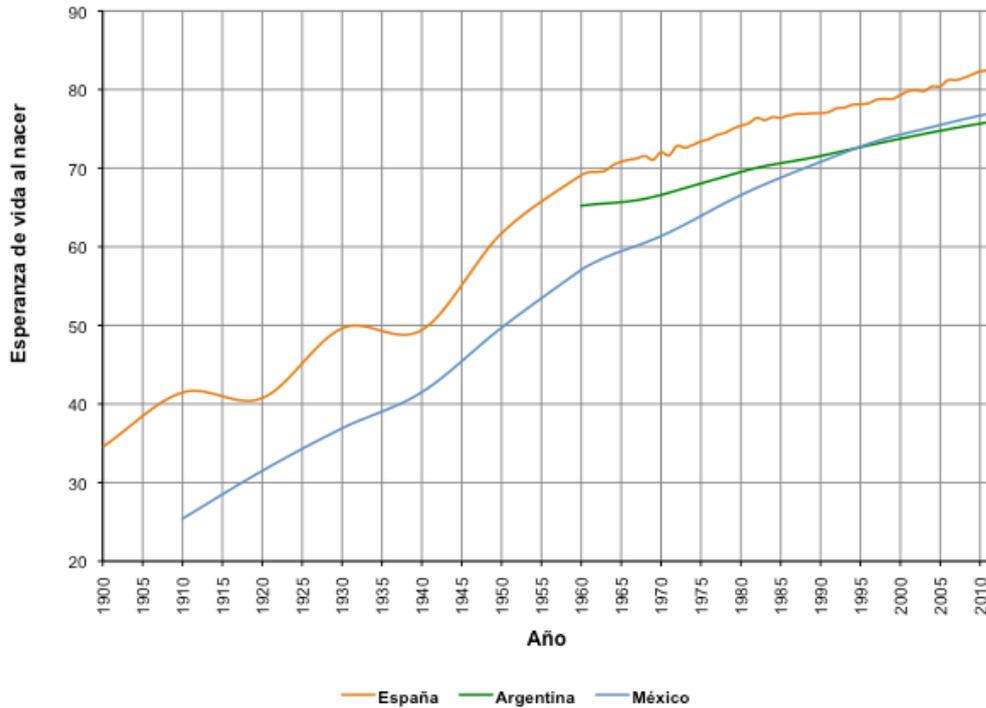
Puesto que un cambio tan trascendental en la supervivencia sólo se consigue dando mejores condiciones a los recién nacidos hasta que se hacen adultos, ocurre que este cambio tiene efectos a largo plazo, más allá de la estricta duración de la generación afectada. Cuando esta generación alcanza edades reproductivas transmite a sus propios hijos unas mejores condiciones que les hacen avanzar aún más en supervivencia generacional, generándose así un bucle virtuoso, una bola de nieve que conduce a las dinámicas poblacionales modernas, pero también a cambios sociales, conyugales y familiares de gran calado.

Este proceso ha hecho experimentar a la humanidad un salto cualitativo en la eficiencia con que se reproduce, una revolución reproductiva en la que las tres poblaciones aquí comparadas se encuentran ya embarcadas, aunque México lo haya hecho de forma más reciente.

Aunque la teoría de la transición demográfica jamás consiguió argumentar la relación, la clave del cambio sí está en el aumento de la supervivencia. De esperanzas de vida que nunca llegaron a los 35 años (en México habían sido inferiores a los 30 años), en un solo siglo se ha despegado hasta valores jamás soñados, y por el camino se ha logrado atravesar el umbral

crítico por el que la mayor parte de los nacidos puede, a su vez, vivir hasta edades reproductivas.

Figura 2.4. Evolución de la esperanza de vida al nacer

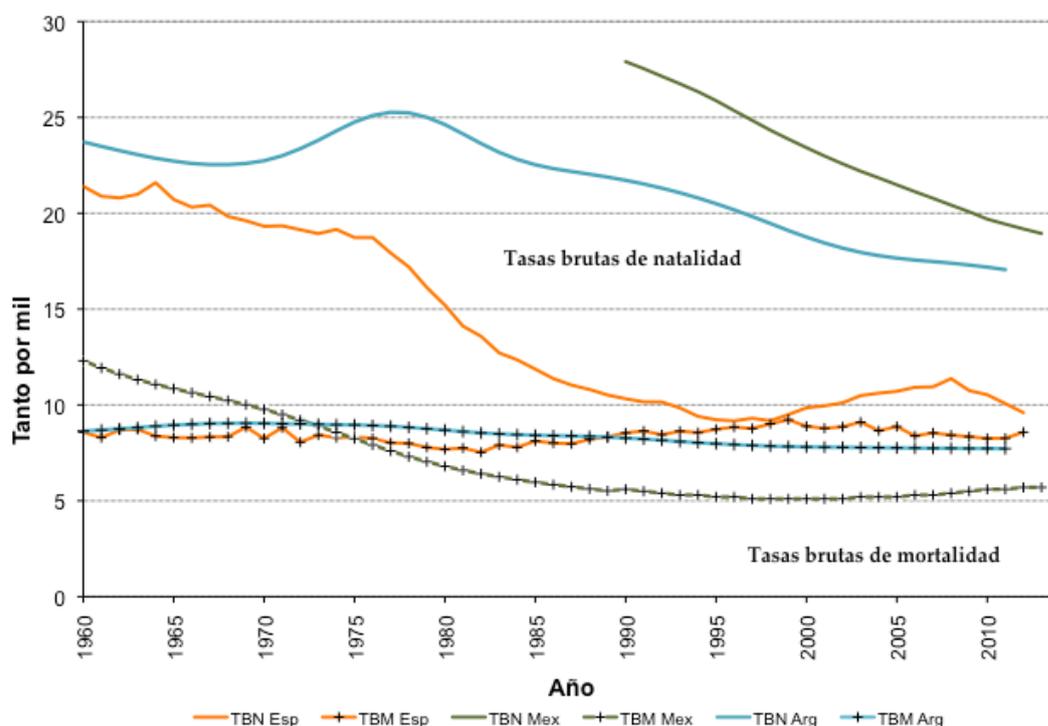


Fuentes: Datos publicados y estimaciones de INEGI, CONAPO e INE

Esta eficiencia por fin conseguida explica que las personas, especialmente las mujeres, lleguen a poder optar entre la cantidad de hijos y la cantidad de atención y recursos dedicados a cada uno. En todas partes la elección mayoritaria ha sido clara: reducir el número y parir hijos en mejores condiciones.

De nuevo en ello es España la más precoz de las tres poblaciones. A pesar de que todavía en los años setenta los países europeos mediterráneos se distinguían por las mayores fecundidades del continente, tanto Argentina como, sobre todo, México inician más tarde aún su mejora en la dinámica reproductiva entre supervivencia y fecundidad.

Figura 2.5. Evolución de las tasas brutas de natalidad y de mortalidad



Fuentes: Argentina en <http://www.indec.mecon.ar/>; España en <http://www.ine.es/inebmenu/indice.htm> México, Estimaciones y proyecciones de la población de CONAPO, www.conapo.gob.mx

Como puede comprobarse, la brecha actual entre las tasas brutas de natalidad (TBN) y mortalidad (TBM) es muy reducida en España, lo que indica un crecimiento vegetativo escaso, mucho menor al de Argentina y, sobre todo al de México. Dicho crecimiento estuvo a punto incluso de ser nulo en la segunda mitad de los años noventa, hasta que se produjo un cierto repunte de la natalidad favorecida por la importante inmigración de esos años y que aún hoy continúa, aunque parece camino de agotarse por la actual crisis de empleo.

Mayor es el margen en Argentina, donde la diferencia entre la TBN (17,1‰) y la TBM (7,4‰) supone un ritmo de crecimiento vegetativo próximo al 10‰ anual. Pero sobre todo México mantiene todavía una diferencia extraordinaria entre ambos componentes (TBN=18,6 y TBM=4,9‰) y un altísimo ritmo de crecimiento que su saldo negativo en inmigración neta (-3‰) apenas consigue atenuar.

La dinámica poblacional mexicana es por tanto muy diferente a la de España y Argentina, pese a que las tendencias de sus últimas décadas apunten en la misma dirección. De hecho México fue uno de los países protagonistas, por su extraordinario ritmo de crecimiento, en los años de la ofensiva internacional para controlar el boom demográfico mundial. Llegó a acoger una Conferencia Internacional sobre Población de Naciones Unidas a mediados de los ochenta en la que se consagró el reconocimiento por parte de los países “en vías de desarrollo” de la necesidad de frenar su elevado crecimiento, y poco después aprobó un importante conjunto de medidas de política demográfica.

El hecho de que todavía hoy el ritmo de crecimiento de la población de México sea elevado no debe ocultar que procede de niveles muy superiores y que se han hecho grandes esfuerzos hasta aquí para reducirlo.

Esta diferencia de “tempos” en los tres países también sitúa a México en un lugar especial respecto al efecto que tiene la mejora de la esperanza de vida sobre la pirámide de población. La superación de las altas tasas de mortalidad infantil y el consecuente despegue, rápido e intenso, de la esperanza de vida, no sólo no ha producido inicialmente un paralelo envejecimiento demográfico de la población mexicana, sino su freno temporal. Durante algunas décadas y pese al progresivo descenso de la fecundidad, niños y jóvenes aumentan en peso demográfico porque, a diferencia del pasado, ahora ya no fallecen de forma precoz. Sólo recientemente, cuando ya la mortalidad se concentra en edades avanzadas, sus mejoras empiezan a producir de forma directa un engrosamiento en la parte alta de la pirámide, como hace décadas en Argentina y, sobre todo, en España.

2.3. Características sociodemográficas de la población mayor de 65 años

La principal diferencia macro-demográfica entre los adultos mayores de los tres países es su muy desigual peso relativo, muy escaso en el caso de México incluso para lo que es habitual en el contexto de América Latina, por encima de la media en dicho contexto en el caso de Argentina, y plenamente europeo en España (aunque su proporción de mayores todavía esté ligeramente por debajo de la del conjunto de la Unión Europea).

Pero tales pesos relativos tienen mucho que ver con la historia demográfica de las últimas décadas en lo que se refiere al tamaño de las generaciones presentes en la pirámide. México ha tardado más en mejorar su esperanza de vida, pero lo ha hecho con gran rapidez, mientras seguía teniendo altas tasas de fecundidad que produjeron voluminosas generaciones de niños y jóvenes.

Por tanto el peso de los mayores no prejuzga otras características y comportamientos sociodemográficos, empezando por la propia esperanza de vida y el estado de salud en tales edades. En esta materia los tres países han experimentado notables progresos en las últimas décadas, y las generaciones que ahora cumplen los 60 años tienen una esperanza de vida notable, al margen de cómo fue su supervivencia infantil y juvenil (como pudo verse en la

Tabla 2.1). Incluso en México las mujeres de esa edad pueden esperar vivir un promedio de 22 años, uno menos que Argentina, y no muy alejadas de los 27 años de las españolas (en el caso de los hombres son 17, 21 y 23 años respectivamente). La diferencia está, sobre todo, en cuántos son los supervivientes a los 60 años que podrán aprovechar, en los próximos años, esta nueva situación. De momento, con una pirámide todavía muy joven, los beneficiarios de esas buenas perspectivas en la vejez son muy escasos en México.

La universal sobremortalidad masculina genera en los tres países un mayor peso de las mujeres en el total de la población y, especialmente, entre la población de personas mayores. Por el mismo motivo, al que se añade la tradicional diferencia de edad al casamiento, más temprana en las mujeres, la viudedad es el estado civil femenino mayoritario en la vejez, mientras los hombres son casados mayoritariamente (véase el capítulo correspondiente).

El peso que las migraciones internacionales puedan haber tenido en el actual peso de los mayores de cada país es muy escaso en México, pero no es residual en Argentina o España. Aunque resulta muy difícil evaluar el componente emigratorio acumulado hasta la actualidad por cada generación de mayores, una aproximación inversa, mediante el peso de quienes nacieron en el extranjero, nos dice que en Argentina son uno de cada veinte mayores, y todavía más en España, con más de uno de cada diez (a lo que no es ajena la inmigración de descendientes de españoles en América, además de la inmigración residencial de jubilados europeos).

Tabla 2.3. Porcentaje de la población de 65 y más años nacida en el extranjero en Argentina, España y México

Grupos quinquenales	Argentina		España		México	
	N	%	N	%	N	%
De 65 y más	214.260	5,4	280.159	11,9	41.546	1,1
De 65 a 69			112.036	16,2	12.274	1,0
De 70 a 74			81.511	14,4	9.250	0,9
De 75 a 79	214.260	5,4	45.561	9,8	7.298	1,1
De 80 a 84			23.957	6,9	7.036	1,6
De 85 y más			17.094	6,3	5.688	1,4

Fuente: Elaboración propia a partir de INE, Censo de Población y Viviendas 2011 (España); INEGI, Censo de Población y Vivienda 2010 (México); INDEC, Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010 (Argentina).

Pero las migraciones internacionales no son el único factor relevante para determinar los pesos de la vejez. La movilidad geográfica interior se combina con procesos de largo alcance temporal, como el de urbanización, para explicar diferencias también muy notables en los tres países respecto al peso que los mayores tienen en los ámbitos rural y urbano.

Los tres son países en los que el proceso de urbanización se encuentra ya mucho más avanzado que en el conjunto mundial. No obstante, México tiene una parte todavía importante de su población (más de 1/5) en núcleos de menos de 2500 habitantes, mientras España la tiene ya muy baja, y Argentina resulta incluso excepcionalmente baja, dado el peso inusual de la propia capital Buenos Aires tiene en el total de su población.

Pese a lo anterior, en los tres países se observa que la población rural está sensiblemente más envejecida que la del conjunto del país. También en los tres es visible, dentro del propio conjunto de mayores, que el peso de los que viven en entorno rural es mayor cuanto más avanzada es la edad. Este fenómeno tiene poco que ver con la dinámica natural, y se explica por la migración diferencial de los jóvenes hacia las ciudades.

Tabla 2.4. % de población de 65 años y más en entidad rural

	Argentina	España	México
	1-2000 habitantes y población rural dispersa *	1-2000 habitantes	1-2499 habitantes
Total nacional	3,6	6,0	23,2
De 65 y más	8,8	9,5	27,6
De 65 a 69	9,8	7,5	25,8
De 70 a 74	8,9	8,6	28,6
De 75 a 79	8,2	10,5	28,4
De 80 a 84	8,0	11,2	27,8
De 85 y más	7,8	11,5	29,7

Fuente: Elaboración propia a partir de INE, Censo de Población y Viviendas 2011 (España); INEGI, Censo de Población y Vivienda 2010 (México); INDEC, Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001 (Argentina).

* En Argentina se denomina población rural agrupada a la que vive en localidades de menos de 2,000 habitantes, y rural dispersa a la que no vive en localidades (INDEC, 2010).

** Para los cálculos de México, no se incluyen los No Especificados.

Otras características son mucho más deudoras del pasado generacional, por encima de los cambios recientes que pueda haber experimentado cada país.

El ámbito de residencia es otra de las variables que nos puede arrojar datos sobre las condiciones en que vive la población de 65 años y más. En la Tabla 7 emergen diferencias muy relevantes, ya que muestra que la población de 65 años y más es principalmente urbana en los tres países. En México 27.6% de la población reside en localidades rurales (menos de 2500 habitantes). El porcentaje es mucho menor en Argentina, donde sólo 3.6% de la población de 65 años y más reside en zonas rurales, y 6 de cada cien personas de ese rango de edad en España. Excepto en Argentina, el porcentaje de población que reside en ámbitos rurales se incrementa a medida que, asimismo, se incrementa el intervalo quinquenal de edad, para alcanzar a casi tres de cada diez personas de 85 años y más en México, y 11.5% de las de España para ese mismo rango de edad.

Figura 2.6. Porcentaje de 60 años y más en Argentina según provincias

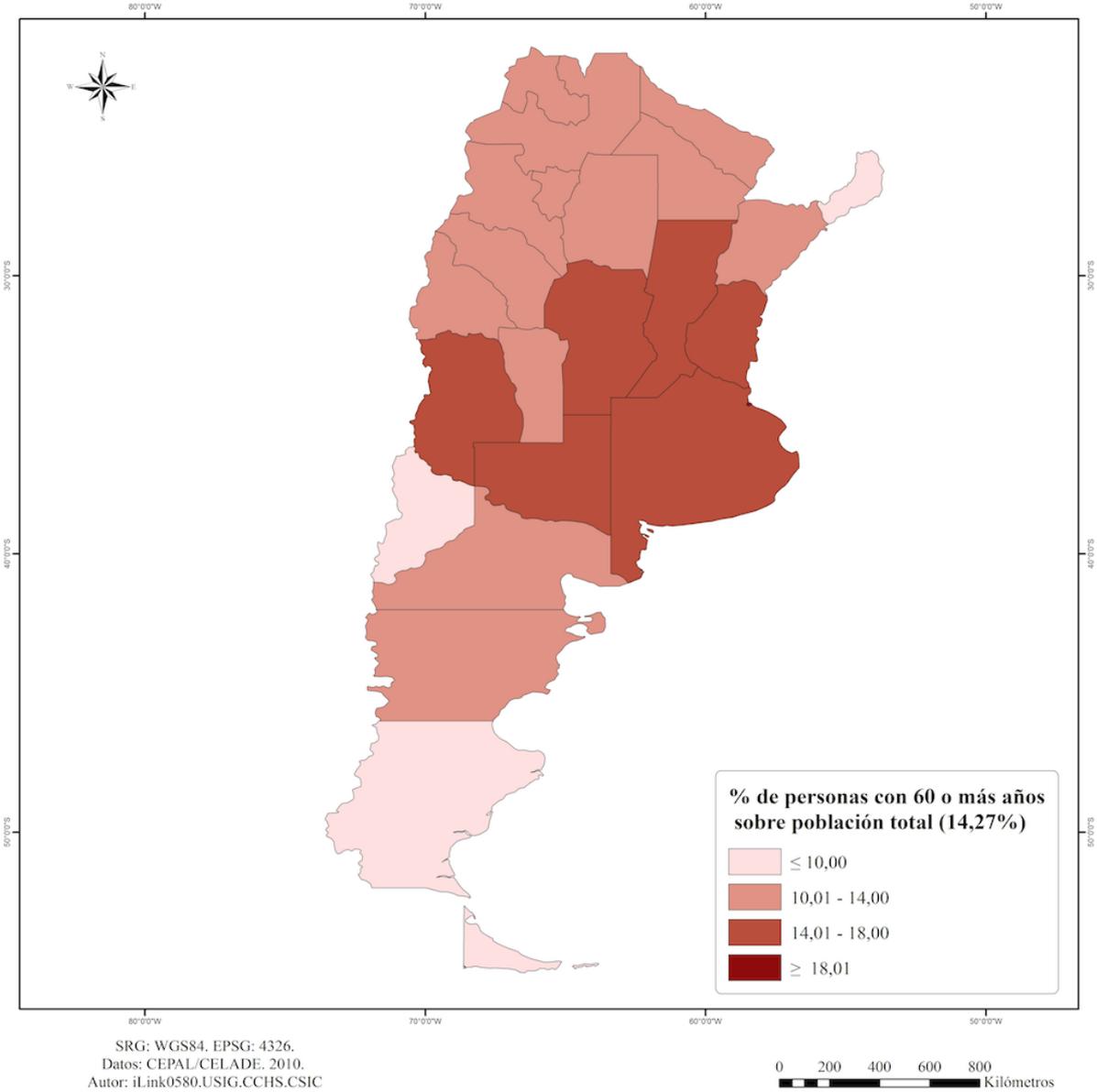


Figura 2.7. % de 60 años y más en España según provincias

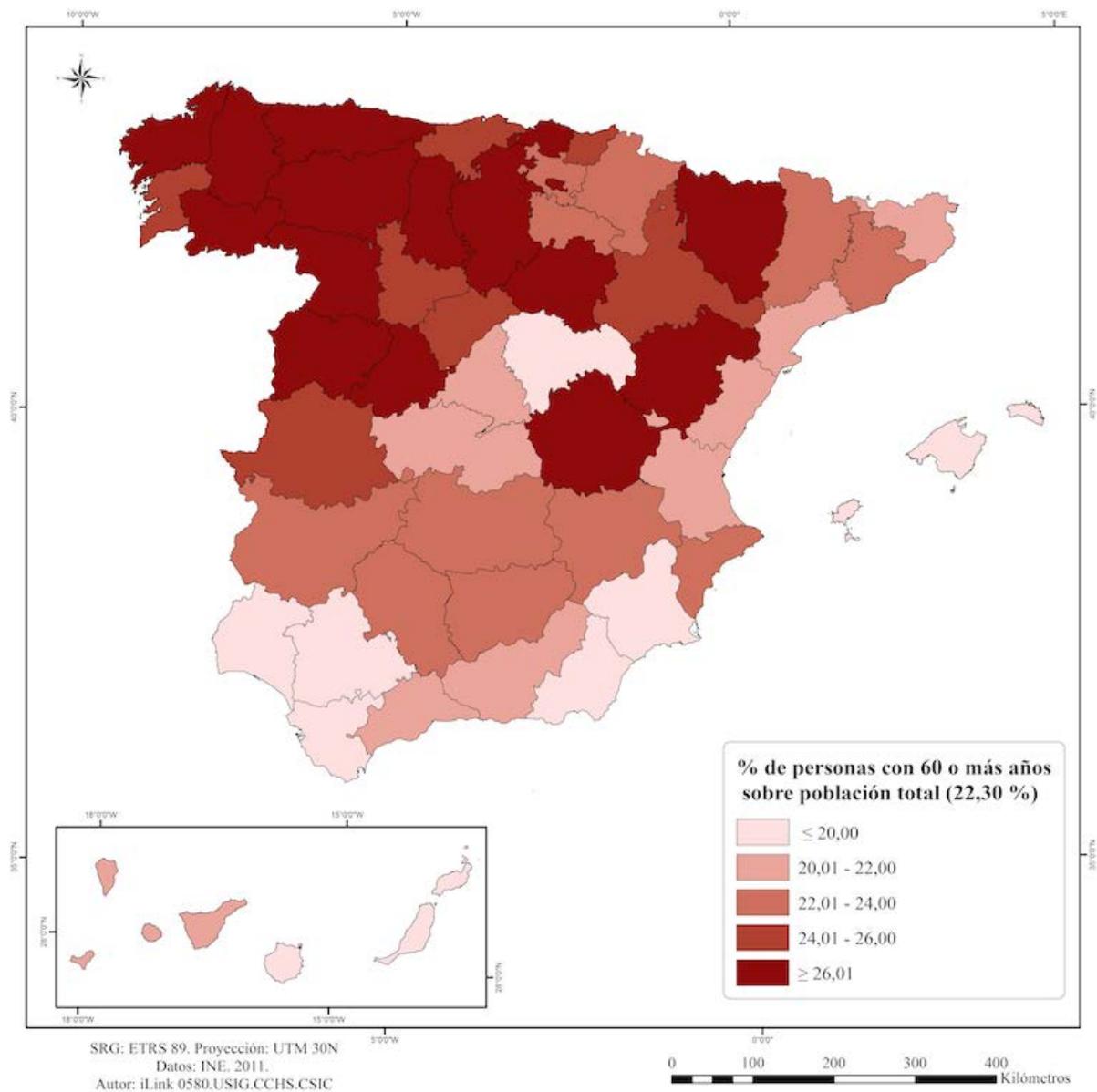


Figura 2.8. % de 60 años y más en México según provincias

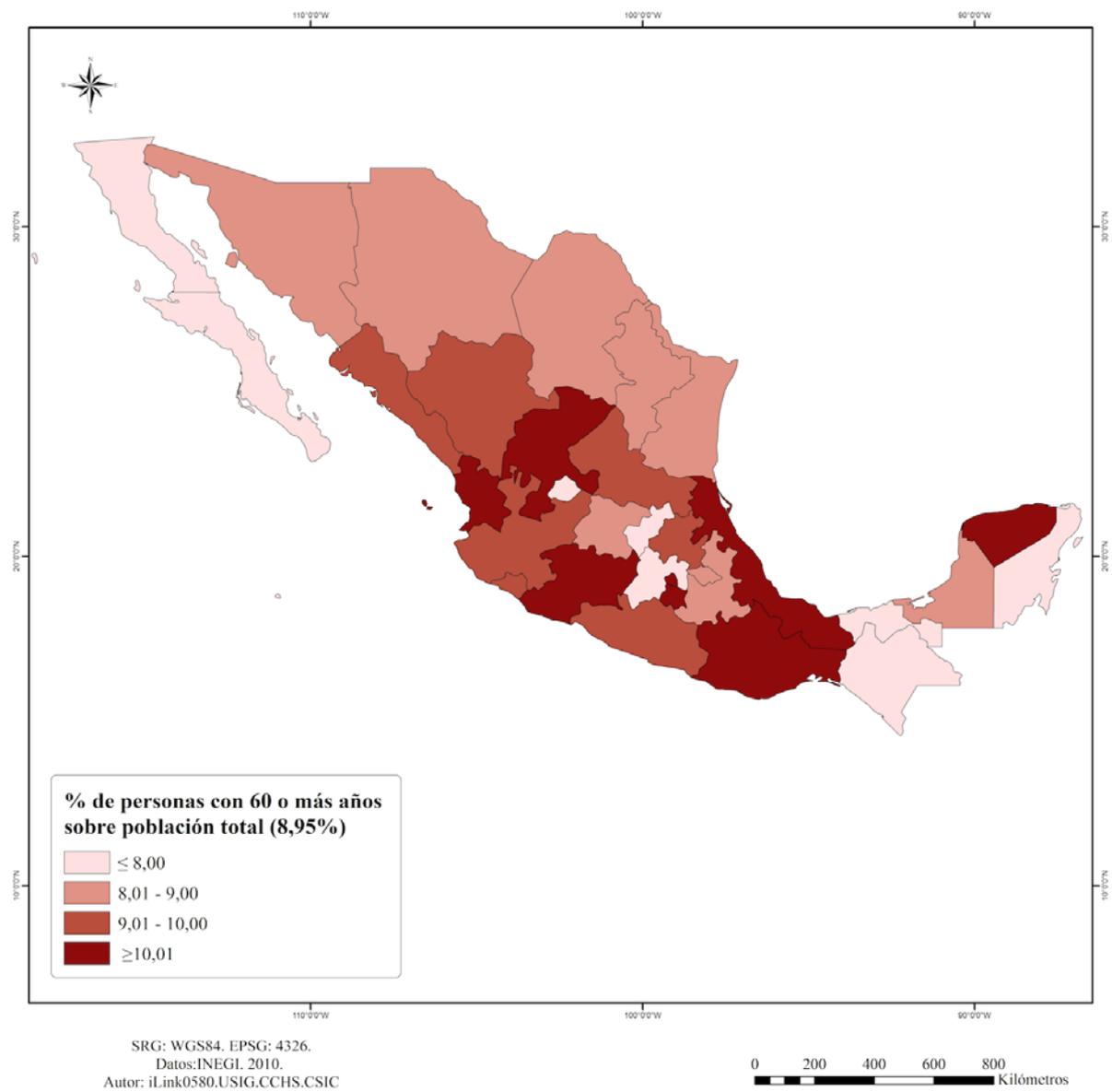


Figura 2.9. Número de personas de 60 años y más en Argentina según provincias

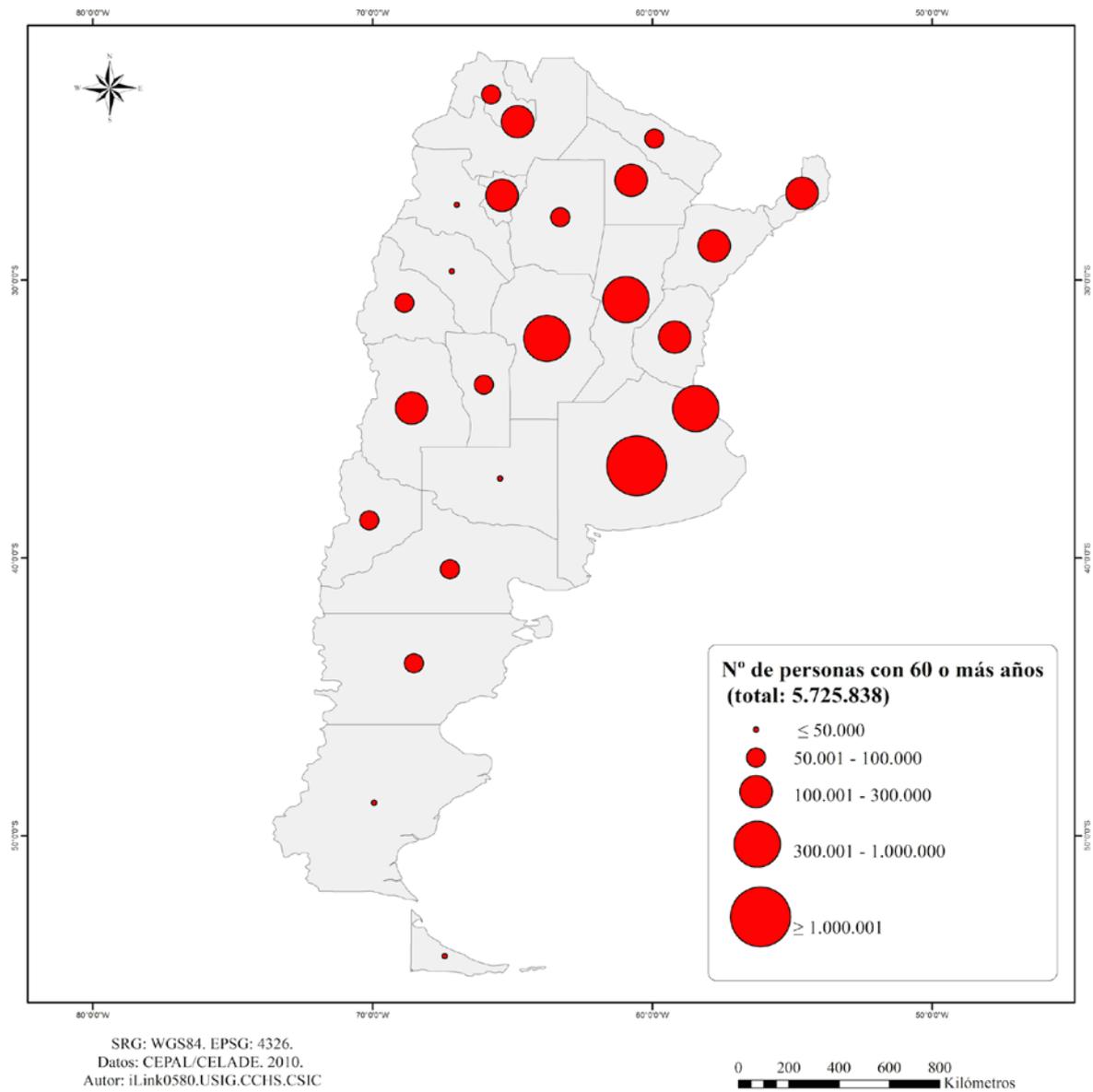


Figura 2.10. Número de personas de 60 años y más en España según provincias

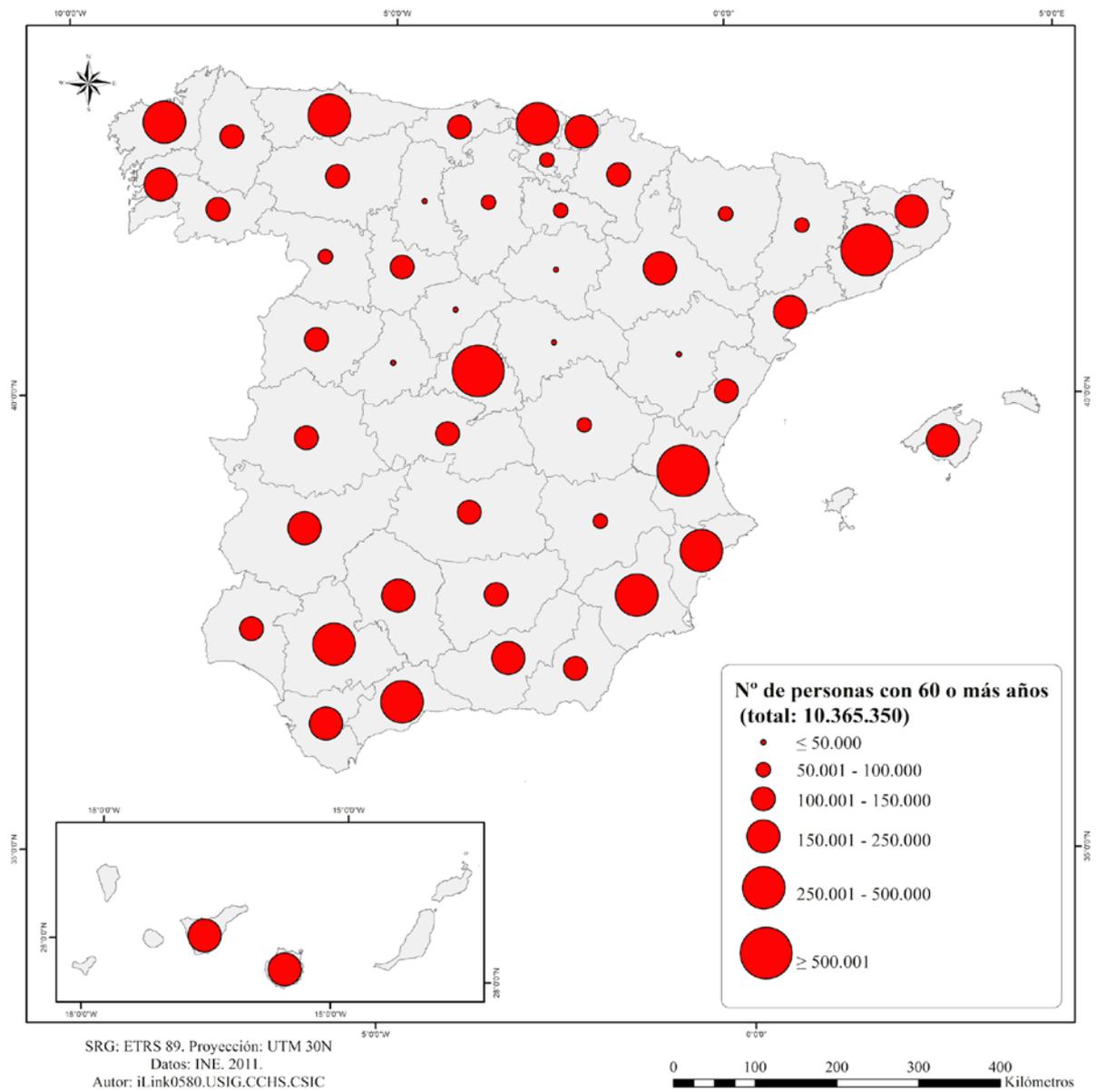
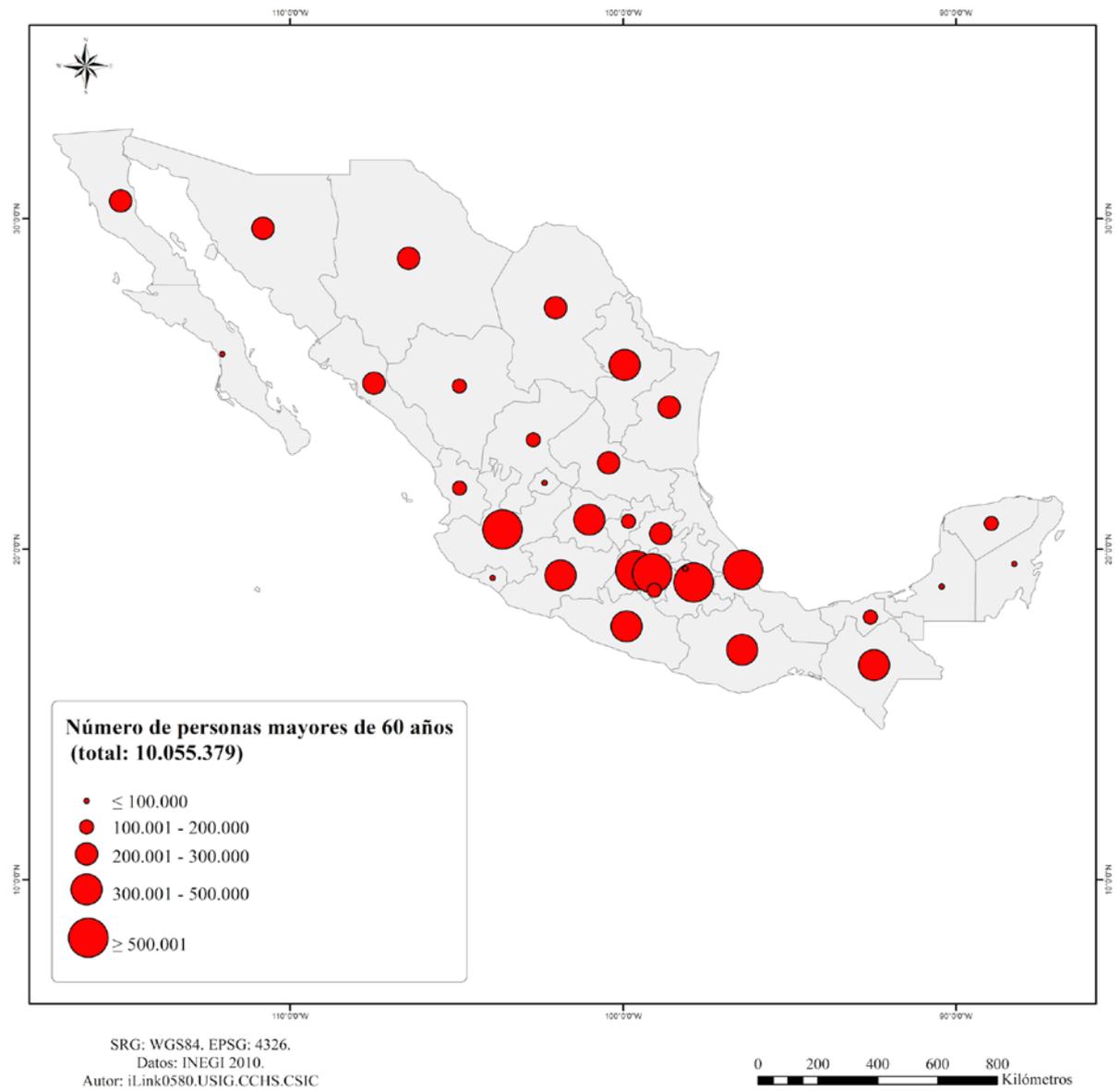


Figura 2.11. Número de personas de 60 años y más en México según provincias



Aunque es difícil un comentario específico para cada país, la pauta general es que sean las zonas más “modernas” y económicamente dinámicas las que tienen menor proporción de mayores. En las diferencias territoriales internas de cada país pesa mucho más el factor migratorio que la dinámica natural del crecimiento demográfico, y el mayor peso de los mayores se observa allí donde faltan oportunidades para que los jóvenes emprendan su vida laboral y familiar

El papel de los adultos mayores en las tres poblaciones

En estos tres contextos los adultos mayores juegan papeles distintos, y no sólo por su diferente peso relativo en el conjunto de la población. Si la clave de la modernización demográfica, incluido el envejecimiento poblacional, está en la progresión intergeneracional de la eficiencia reproductiva, los propios perfiles sociodemográficos de la vejez se ven también alterados a medida que van alcanzando esas edades generaciones “mejoradas”.

En primer lugar, la propia estructura por sexo y edad dentro de la población mayor acusa cambios acumulados desde décadas anteriores. España ve actualmente cumplir edades muy avanzadas a generaciones que, por primera vez, han conseguido no perder por el camino la mayor parte de su efectivo inicial. Por eso las mejoras actuales en su salud o en el tratamiento de sus problemas tienen una relevancia demográfica mucho mayor que cuando sólo podían beneficiar al escasísimo contingente de supervivientes que alcanzaban esas edades algunas décadas atrás. Aunque la internacionalización y el desarrollo económico permitiesen acceder a idénticas mejoras a los mayores argentinos y, sobre todo, a los mexicanos, los beneficiarios posibles son más escasos, dada su pertenencia a generaciones con una proporción mucho menor de supervivientes y, por lo tanto, un peso inferior en el conjunto de la población.

Pero el peso demográfico respectivo es sólo uno de los muchos atributos que cambian muy rápidamente con el constante relevo generacional. También los roles de género, las configuraciones familiares y las relaciones intergeneracionales se ven modificadas. Los “mayores jóvenes” de la actualidad nacieron tras la segunda guerra mundial y han vivido su etapa adulta en la era del desarrollo, el consumo de masas, el despliegue de los sistemas nacionales de salud o la urbanización demográfica acelerada. Sin embargo, estos cambios parecen ser distintos en los tres países. Dependiendo de la extensión, la intensidad o la desigualdad con que los cambios se produjeron en cada país, así son sus viejos recientes hoy en día.

En España los adultos mayores ya no son de origen rural ni han trabajado mayoritariamente en el sector primario, como sus padres y abuelos y, aunque los estudios medios o superiores siguen resultando muy escasos, el analfabetismo también es ya residual en ellos. Han trabajado desde muy jóvenes y, por primera vez en términos históricos, su vida laboral y familiar no se ha visto interrumpida dramáticamente por guerras o graves epidemias. Se casaron pronto y con poca soltería definitiva femenina, lo que provocó el baby boom de los años sesenta y setenta (el contraste es notable con los adultos mayores de México; aunque tienen una esperanza de vida notablemente mayor que la de sus progenitores, su origen es todavía mayoritariamente rural, han tenido trabajos informales y casi una tercera parte de ellos no fue alfabetizado).

Las generaciones de viejos recientes con supervivencia mayoritaria, tras cincuenta años de trabajo ininterrumpido, están revolucionando el perfil sociodemográfico tradicional de la

vejez. En el caso concreto de España, tienen mejor salud y educación que ninguna vejez pasada, acumulan recursos propios en forma de ahorros o patrimonio, por primera vez son mayoritarios los que cotizaron como asalariados y acumulan derecho a pensiones contributivas. Todo ello les permite ejercer como una agencia de bienestar colectivo insustituible, en la que se basa, por ejemplo, el cuidado a la dependencia grave que puedan padecer sus propios padres con una vejez muy avanzada, o los problemas de sus hijos y nietos en un contexto de crisis laboral y económica.

También en Argentina o en México los mayores ejercen funciones de ayuda (los jóvenes adultos mexicanos se apoyan en sus mayores, por ejemplo, cuando emigran, para cuidar de la familia que dejan temporalmente atrás). Pero esos mayores son todavía escasos en términos numéricos, porque el envejecimiento demográfico no ha alcanzado todavía el grado de España, y además pertenecen a generaciones mucho peor dotadas con menos posibilidades y recursos.

2.4. Conclusiones

En resumen, las estructuras por edades en Argentina, México y España presentan particularidades que, para la tradicional teoría de la transición demográfica, son el resultado de los distintos tiempos y ritmos en la evolución de la mortalidad y la natalidad. España estaría en la fase postransicional, Argentina muy próxima y México estarían aún en plena transición. Y, desde esa teoría de la transición demográfica, la principal conclusión a extraer en términos políticos o económicos (o en los mercados financieros) sería que la relación de dependencia es peor en España, seguida por Argentina, y con México todavía muy lejos, de modo que este último país tiene actualmente una demografía más favorable (Chackiel, 2000).

Así las cosas, en los estudios sociales y económicos parece que los cambios en la duración de la vida, en las pautas reproductivas, en la crianza de los hijos y en las relaciones intergeneracionales son secundarios, epifenómenos, resultado de nuevos “valores”, de un mayor individualismo, del desapego a la unión estable, la familia o la reproducción. El envejecimiento demográfico es entonces el “castigo” merecido, un mal a combatir o, por lo menos, un problema que tendrán en el futuro los países de América Latina y para el que deben prepararse ahora que tienen la célebre “ventana de oportunidad”.

Pero esta manera de entender la vejez, como un colectivo improductivo, costoso, una “carga” que debe ser soportada por las demás edades, adolece de una falta total de perspectiva histórica y no atiende a la triple e inseparable relación entre modernización demográfica, características de las sucesivas generaciones que las protagonizan, y modificaciones en la significación de las distintas edades. Los demógrafos tenemos una gran responsabilidad en estas carencias analíticas, por no haber desarrollado un marco teórico propio que ponga en evidencia tales relaciones.

En ese sentido, pensar el envejecimiento desde la perspectiva de la eficiencia reproductiva nos devuelve a una lógica de la mayor o menor carga en el esfuerzo de tener hijos, y plantea abiertamente la conveniencia de pensar en términos generacionales. Se puede entender así mucho mejor cómo es y dónde está la actual vejez de cada país, en ese proceso por el cual los más avanzados han conseguido elevar notablemente su población y mantenerla por el procedimiento de sacar rendimiento a las nuevas vidas, no por el de seguir trayendo muchas a

este mundo que después duran poco tiempo. Los efectos de dicho cambio acaban, con los años, por alterar las características y comportamientos de todas las etapas de la vida, a medida que las van alcanzando generaciones mejor equipadas y con una mayor supervivencia previa. En este marco es mucho más fácil comprender por qué el envejecimiento demográfico no es la amenaza con la que habitualmente se le identifica, y ubicarlo junto a otros cambios sistémicos sumamente convenientes para las personas que integran las poblaciones.

Una mayor inversión en las personas desde su nacimiento es la clave para que sobrevivan hasta poder contribuir a la reproducción colectiva. Se rebajan con ello los requerimientos sobre la fecundidad, y la combinación de una mayor esperanza de vida y una menor fecundidad es lo que conduce a las pirámides envejecidas. Pero simultáneamente puede producir muchos otros efectos benéficos, como la consiguiente mejora del capital humano y su capacidad productiva de bienes y servicios, o como la liberación femenina de la supeditación de género, además de abrir las puertas a otros usos del tiempo femenino, como el trabajo remunerado. En tales condiciones el envejecimiento demográfico no representa la desventaja que generalmente se le atribuye, sino que puede representar un futuro no solo inevitable sino también deseable para países como México, todavía bastante alejados de él.

2.5. Bibliografía

Abellán García, A. (2000), "El envejecimiento demográfico en España: balance de un siglo". *Boletín sobre el envejecimiento: Perfiles y Tendencias*, nº 1, IMSERSO.

Alba-Hernández, F. (1997). *La Población de México*. México, D.F.: El Colegio de México.

Arroyo Pérez, A. -Ed- (2004), *Tendencias Demográficas durante el Siglo XX en España*. Madrid: INE.

Baker, D. W., Wolf, M. S., Feinglass, J., Thompson, J. A., Gazmararian, J. A., & Huang, J. (2007). Health literacy and mortality among elderly persons. *Archives of Internal Medicine*, 167(14), 1503-1509.

Blanes Llorens, A. (2007), *La mortalidad en la España del siglo XX. Análisis demográfico y territorial*. Tesis Doctoral. Departament de Geografia, Universitat Autònoma de Barcelona.

Cavenaghi, S. -Ed- (2009), *Demographic transformations and inequalities in Latin America: Historical trends and recent pattern*. Río de Janeiro: ALAP.

Chackiel, J. (2000), "El envejecimiento de la población latinoamericana: ¿hacia una relación de dependencia favorable?". Serie *Población y Desarrollo* nº4. CEPAL.

Christensen, K.; Doblhammer, G.; Rau, R., Vaupel, J. W. (2009), "Ageing populations: the challenges ahead". *The Lancet*, 374 (9696): 1196-1208.

Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas y Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. (2006). Diagnóstico sociodemográfico de los adultos mayores indígenas de México. México D. F.: CDI & PNUD. Disponible en http://www.cdi.gob.mx/adultos_mayores/diagnostico_adultos_mayores_indigenas.pdf (descargado 13 de julio de 2013).

Consejo Nacional de Población. (2011). Diagnóstico socio-demográfico del envejecimiento en México. Serie documentos técnicos México D. F.: CONAPO. Disponible en http://www.unfpa.org.mx/publicaciones/Envejecimiento_F_14oct11.pdf (descargado 10 julio de 2013).

- Galindo, C. y Ramos, L. (2008). La situación demográfica de México. México, p. 45-71
- Goldman, N., Korenman, S., & Weinstein, R. (1995). Marital status and health among the elderly. *Social science & medicine*, 40(12), 1717-1730.
- Ham-Chande R. (2012). "Diagnóstico sociodemográfico del envejecimiento en México". En *La Situación Demográfica de México 2011*, pp. 141-155. México DF: CONAPO. Disponible en: <http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/sdm/sdm2011/C8.pdf> (descargado 14 julio de 2013).
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales. (Ed.). (2012), *Informe 2010. Las Personas Mayores en España. Datos Estadísticos Estatales y por Comunidades Autónomas*. Madrid, Observatorio de las Personas Mayores, IMSERSO.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2005). *Los adultos mayores en México: Perfil sociodemográfico a inicios del Siglo XXI*. Aguascalientes, AGS: INEGI. Disponible en http://www.inegi.gob.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/adulto smayores/Adultos_mayores_web2.pdf (descargado 14 de julio de 2013).
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (electrónico). Censos y conteos de Población y vivienda. Series Históricas. Consulta de datos disponible en <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/Proyectos/ccpv/default.aspx>
- Instituto Nacional de las Mujeres e Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2013). Mujeres y Hombres en México 2012. México DF, INMUJERES e INEGI. Disponible en http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/101215.pdf (descargado 5 de mayo de 2013).
- MacInnes, J.; Pérez Díaz, J. (2008), "Demography." en Turner, B. -Ed-, *The New Blackwell Companion to Social Theory (3rd Edition)*: Wiley-Blackwell, pp. 428-450.
- MacInnes, J.; Pérez Díaz, J. (2009), "The reproductive revolution". *The Sociological Review* 57 (2): 262-284.
- Mendoza, M. E. y Tapia, G. (2010). Situación demográfica de México 1910-2010. México, p. 11-24.
- Millán-León, B. (2010). Factores asociados a la participación laboral de los adultos mayores mexiquenses. *Papeles de población*, 16(64), 93-121.
- Nebot, M., Lafuente, J. M., Tomás, Z., Borrell, C., & Ferrando, J. (2002). Efecto protector del apoyo social en la mortalidad en población anciana: un estudio longitudinal, *Rev Esp Salud Pública*, 76(6), 673-682.
- Pérez Díaz, J. (2010), "El envejecimiento de la población española". *Investigación y Ciencia* (410): 34-42.
- Welti, C. (1999), "Los procesos demográficos en México en la época del neoliberalismo". *Papers de Demografia* 148.

3. CONDICIONES ECONÓMICAS

Autoría:

Vicente Rodríguez Rodríguez
Verónica Montes de Oca
Lilia B. Chernobilsky
María Julieta Oddone

3.1. Introducción

El análisis de las condiciones económicas entre la población mayor es un elemento de crucial importancia para valorar no sólo la situación general de la misma en el momento actual, sino para avanzar en la comprensión de su evolución futura. La dimensión económica marca una pauta de enorme significado para los individuos, sus familias y la sociedad en general, bien conocida por su influencia en la calidad de vida (Fernández-Mayoralas et al., 2011).

Desde una faceta general, los estudios sobre el envejecimiento de la población en España sacan a la luz la importancia de las condiciones económicas como determinantes para la vida en general, no sólo ligadas a la generación de recursos económicos a lo largo del curso de la vida, sino también a las posibilidades que se derivaran del mantenimiento, o no, de las mismas en el futuro como garantía de una sostenibilidad en el modo de vida (Abellán y Ayala, 2012). Por su parte, análisis generales sobre el envejecimiento de la población latinoamericana prevén un fuerte incremento de esta población en contextos de no provisión universal de adecuados recursos para su mejor desarrollo (Wong y Palloni, 2009), de ocurrencia de enfermedades propias de países desarrollados junto con otras no controladas desde un punto de vista médico, pero también de escenarios de pobreza e inequidad, en los que los apoyos familiares son esenciales (Guzmán, 2002). En este sentido, son habituales los estudios que relacionan las condiciones económicas con la salud y sus determinantes, especialmente en países en los que las situaciones individuales y familiares están muy condicionadas por el estado de salud y los recursos disponibles (Alvarado et al., 2008). Incluso, su influencia está analizada cuando afecta a la salud psíquica (Nguyen et al., 2008).

Sin embargo, las fuentes disponibles con un carácter general no garantizan el análisis completo de la realidad socioeconómica de los tres países de forma comparativa. A pesar de ello se realizará un estudio comparativo sobre las condiciones socioeconómicas de la población adulta mayor utilizando algunas de los indicadores que de forma más general y comprensiva puedan servir para ello.

Este capítulo se ha construido con un objetivo fundamental de comprobar si existen o no diferencias entre estos países de acuerdo a los estadios de desarrollo de su estructura demográfica, y si esas diferencias acusan una relación señalada con la edad y el sexo de las personas adultas mayores. Como complemento, un segundo objetivo tiene un carácter más transversal, como es de hacer aflorar los principales inconvenientes que tienen las fuentes

estadísticas de los tres países para desarrollar una investigación en esta materia de una forma más consistente.

3.2. Materiales y métodos

Una evaluación de las fuentes de los tres países ha permitido extraer una imagen cierta de sus posibilidades analíticas y encontrar un conjunto básico de dimensiones de la condición socioeconómica en las mismas. Para Argentina se ha utilizado la Encuesta Permanente de Hogares (EPH), dentro del programa de producción sistemática y permanente de indicadores sociales del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC) para conocer los rasgos sociodemográficos y socioeconómicos de la población argentina, vinculadas a la fuerza de trabajo. Se ha utilizado el segundo relevamiento del año 2013 que incluye 17.379 hogares, teniendo en cuenta individuos según sexo, grupos de edad, nivel educativo, tramos de ingresos, etc. para todo el país y 6 regiones estadísticas. En España, a pesar de disponer de algunos datos sobre las condiciones económicas de la población en el Censo de Población de 2011, se ha preferido utilizar la *Encuesta de Población Activa* (EPA) del año 2013 como fuente de mayor tradición y consistencia en este ámbito. Es una encuesta continua y de periodicidad trimestral dirigida a las familias para obtener datos de la fuerza de trabajo y de sus diversas categorías a partir de una muestra inicial de 60.000 familias entrevistadas al trimestre que equivalen a unas 180.000 personas, según la metodología de la Oficina Estadística europea (EUROSTAT). Se complementa esta información con la aportada por la *Encuesta de Presupuestos Familiares 2011* (EPF), también elaborada por el Instituto Nacional de Estadística (INE), que suministra información anual sobre la naturaleza y destino de los ingresos del hogar y sus miembros y los gastos de consumo, a partir de una muestra aproximada de 24.000 hogares. Para el caso mexicano, de entre las fuentes producidas por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) se ha utilizado la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo 2010 (ENOE), que también es una encuesta continua y de periodicidad trimestral a través de un tamaño de muestra de 120,260 viviendas. La ENOE proporciona datos básicos sobre la población económicamente activa y no activa, de la que busca empleo o trabajo por su cuenta, según tipos y condiciones laborales, además de las características sociodemográficas de los integrantes del hogar. Sigue las normas internacionales de la OIT, OCDE y la ONU, adecuadas a la realidad específica de México, para clasificar a la población mexicana.

Se han elegido las variables que mejor pueden servir, de forma más general y comprensiva, para un análisis completo de la realidad socioeconómica de los tres países de forma comparativa: relación con la actividad laboral, sectores de actividad, posición en la ocupación y condición de ocupación, e ingresos.

La relación con la actividad laboral está construida a partir de las tres categorías principales que definen el perfil de las personas en relación con el mercado de trabajo, es decir la población activa (ocupada y desocupada/parada) e inactiva. En el caso de México se incluye en la primera otras dos categorías referentes a la 'disponibilidad' (o no) de las personas para trabajar que no aparecen desglosadas en este nivel de información en los otros dos países. Igualmente comparable es la información que se recoge bajo el rubro de población inactiva,

esencialmente las categorías más comunes, a saber, jubilado/pensionado,¹ incapacitado permanente/discapacitado, ama de casa/labores del hogar/quehaceres domésticos, estudiante y otras situaciones. En Argentina y España se añaden otras dos que refieren situaciones semejantes, la de rentista o perceptor de pensión distinta de la de jubilación o prejubilación y la de persona que realiza trabajo no remunerado de forma voluntaria.

En el caso de los rubros relacionados con los sectores de actividad, la situación se hace algo más diversa por cuanto las clasificaciones que pueden utilizarse pueden variar desde unas pocas categorías (los cuatro grandes sectores) hasta varios cientos de muy diferentes actividades. Para este caso, y con objeto de extraer toda la rica diversidad de la economía de estos tres países, se ha utilizado 21 categorías que pueden agruparse en actividades primarias (una, agricultura, ganadería, silvicultura y pesca), secundarias o de transformación (cuatro, para la industria extractiva, el suministro de energía y agua, la industria manufacturera y construcción), y terciarias, de diferente valor añadido, desde básico hasta avanzado (en total 16 actividades, comercio y hostelería, información, transportes, servicios profesionales, económicos, personales y sociales, actividades de la administración, etc.).

Desde el punto de vista de la posición en la ocupación, se establece una clasificación general que tiene dos grandes apartados. En la primera se agrupan los empleadores/empresarios que emplean trabajadores, los empresarios sin trabajadores (o trabajadores autónomos), los que trabajan sin recibir remuneración/pago o ayudan en el ámbito familiar; en la segunda, se incluyen los trabajadores que dependen de otros (subordinados), asalariados, que son incluidos en las fuentes estadísticas españolas y argentinas como empleados en el sector público y privado. La última categoría agrupa a otros tipos sin clasificar.

La condición de ocupación en México, denominada situación profesional en España, es otra variable con otra visión de la población ocupada, la que tiene que ver con sus condiciones profesionales para desarrollar su actividad. Podrían establecerse varios grupos, en aras de su homogenización y comparabilidad, como (i) los que tiene un nivel directivo y de gestión (directivos, gerentes, funcionarios con perfil directivo, técnicos cualificados en sectores profesionales), (ii) los que han desarrollado una alta cualificación en procesos de producción (en la industria, en la agricultura, en el transporte, etc.), (iii) los que están capacitados para desarrollar actividades de servicios económicos (comercio, hostelería), personales y sociales (sanidad, educación, etc.), y (iv) los que apoyan el desarrollo de actividades que requieren menos cualificación. En Argentina no ha sido posible desarrollar una clasificación tan ajustada a las anteriores categorías.

Finalmente, la información sobre ingresos económicos es esencial para estudiar la posición económica de hogares e individuos en la sociedad. Tiene esta variable, no obstante, algunas limitaciones importantes, como la voluntariedad en la respuesta, la limitación en el recuerdo de los montantes económicos o la dificultad de establecer un marco de comparación entre países. En este caso el problema principal es encontrar la medida que homogenice la información y que se adecue a los estándares económicos de los países (diferentes salarios mínimos o pensiones medias). A pesar de los esfuerzos realizados en este sentido, solo se ha podido homogenizar la unidad de medida, en dólares USA, pero no los umbrales aplicados porque responden a lógicas diferentes en cada país. Su empleo, junto con valores medios de carácter económico como el salario o la pensión media, permitirá obtener una imagen

¹ En España se añade la de 'prejubilado' para referirse a las personas que han salido del mercado a una edad más temprana.

aproximada de la posición económica de individuos y/u hogares en los tres países. Se han medido como ingresos mensuales de los individuos mayores de 60 años: en el caso de Argentina, utilizando los cuartiles como instrumento de representación de la distribución; en el de España los siete umbrales definidos en la propia encuesta, mientras en México se utiliza como medida estándar el salario mínimo recibido por su trabajo por parte de la persona encuestada, que, para 2010, era de 1.677,67 pesos mexicanos, en torno a 132 \$.

De cara a establecer el marco de comparación para la población adulta mayor analizada se ha tomado la decisión de definir a esta población a partir de los 60 años, aunque, como en el caso de España, la edad más adecuada sería la de 65. Para Argentina y México el hecho de usar al rango de edad 60 y más facilita identificar de una mejor forma la condición económica de los mayores, especialmente por la baja cobertura previsional de México. El método es esencialmente descriptivo de las principales dimensiones de la condición económica y comparativo de la situación de los tres países.

Un último comentario está enfocado a señalar las limitaciones que tiene el uso de estas fuentes. La decisión de seleccionar esos indicadores para evaluar las condiciones socioeconómicas de la población adulta mayor se ha tomado sin valorar la pertinencia de las fuentes para su estudio, sino de acuerdo a criterios científicos previos. También se ha comprobado, una vez analizadas las fuentes, que cada país ofrece sus datos estadísticos de acuerdo a criterios políticos, sociales, administrativos, de desarrollo ‘histórico’ y de gestión que, obviamente, no son, ni tendrían por qué ser, extrapolables entre ellos. Las condiciones particulares en la generación de fuentes estadísticas responden a la propia idiosincrasia y cultura de los entes productores de datos, muy apegada a las necesidades sociales, a los requerimientos políticos y al seguimiento de criterios organizativos y presupuestarios. Todo ello sin olvidar, como en el caso de España, su pertenencia a la Unión Europea que obliga a seguir las directrices de armonización y de producción de datos de Eurostat, la oficina estadística europea. No es menor, en tercer lugar, la importancia de una última limitación, las formas de entender los fenómenos demográficos, sociales y económicos en cada país, muy diversos no solo en sus contenidos, sino también en su verbalización, lo que no facilitan encontrar puntos de unión e identificar propuestas de mejora que sean factibles, de cara a facilitar la comparabilidad, en su futuro a medio o largo plazo.

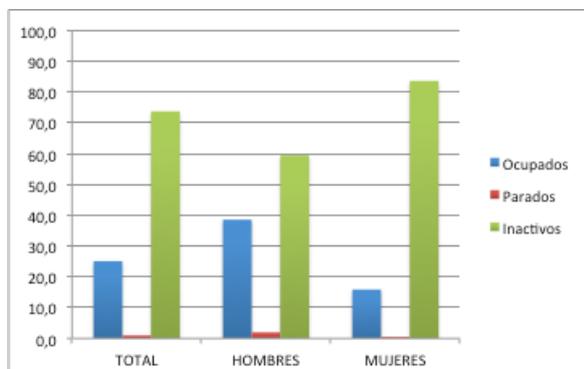
3.3. Una revisión de las condiciones económicas seleccionadas

Como se ha mencionado anteriormente, se han identificado cinco dominios a analizar, la condición de actividad, en su doble vertiente de ocupación e inactividad, la actividad principal de la población a través de los sectores de actividad en los que desempeña su trabajo, la posición y condición de ocupación y, para completar esta visión, el estudio de los ingresos mensuales como indicador de capacidad de supervivencia de la población.

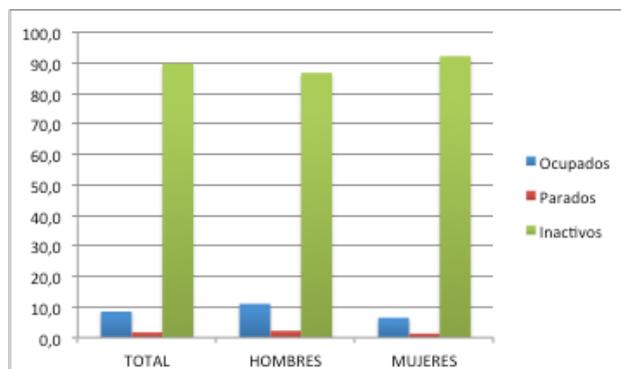
El primero de ellos es la **relación de la población** con el trabajo, para diferenciar entre la población que trabaja, en sus distintas acepciones, y que no trabaja (Figura 1). En este último caso, es importante tomar conciencia de la situación que coloca a la población adulta mayor en un estado de posible dependencia económica en la etapa de vejez.

Figura 3.1. Población con 60 años y más ocupada, parada e inactiva para Argentina (2013), España (2013) y México (2010)

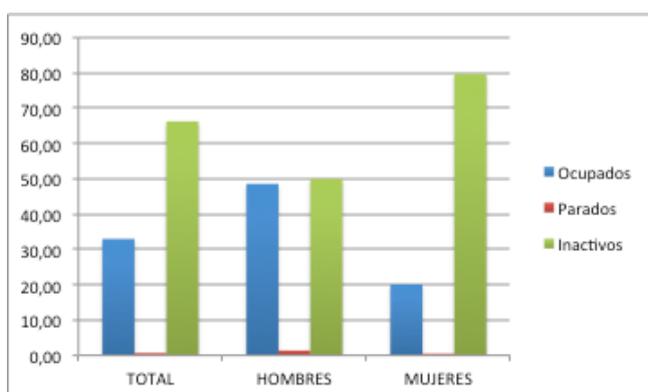
Argentina



España



México



Fuente: Elaboración propia con base a la Encuesta Permanente de Hogares 2013 (Argentina), la Encuesta de Población Activa 2013 (España) y la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo 2010 (México)

En este tramo de edad, la población adulta mayor de 60 años, existe en los países latinoamericanos una (relativamente) alta proporción de personas que están participando en el mercado de trabajo por necesidad y en condiciones de precariedad (Garay y Montes de Oca, 2011), con las inevitables diferencias debidas a la localización urbana/rural, al sexo, al aumento de la edad o a la capacitación de la población (del Popolo, 2001). A la vez, es baja la proporción de personas que están cotizando para la pensión futura (CELADE, 2006). A pesar de estas condiciones generales, es previsible una distribución bastante homogénea, siendo esperable que un porcentaje elevado corresponda a la población ya esté inactiva, sin que la distribución por sexo varíe de forma significativa, aunque se algo más elevada entre las mujeres. En efecto, la anunciada jubilación ya se percibe en la distribución de la población en los tres países, aunque mucho más en el caso de España, donde la población activa (es decir, la que está ocupada más la que está parada en disposición de trabajar) ronda el 10% de la población de esa edad, concentrada esencialmente en el grupo de 60 a 64 años, previo a la edad de jubilación oficial. Contrasta esta cifra con las de México y Argentina que superan el 30% y el 20%, respectivamente, como consecuencia de que la jubilación no se hace real hasta

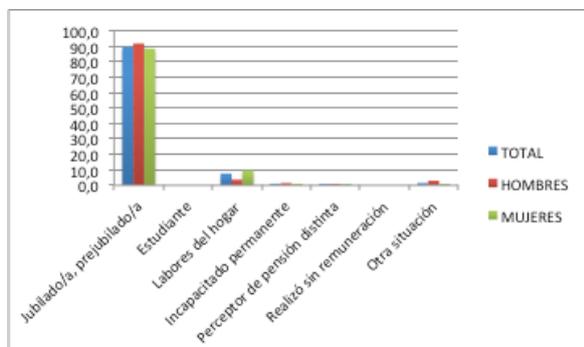
una edad más avanzada, a pesar de que ésta es obligatoria en Argentina a los 65 años para hombre y 60 para mujeres, y no está contemplada oficialmente en México. La ‘jubilación etaria’ representa, en realidad una transición en torno a las edades de retiro, con diferencias entre mujeres (más temprana) y hombres (más tardía) (Bertranou, 2001). Pero, en muchos casos, no es una salida definitiva del mercado de trabajo, ya que la ‘jubilación real’ se produce cuando se conjugan múltiples factores como ‘las estructuras productivas de cada país, las políticas de previsión social y las experiencias de vida de cada persona’ (Aranibar, 2001:41), a una edad más alta que la que debería ser normativa. Incluso es previsible que una parte de la población adulta mayor no pueda jubilarse al tener necesidad de obtener ingresos para sobrevivir, dado que no está universalizado el sistema de previsión, como sucede en México (Pedrero, 1999). Por lo tanto, parece evidente que cuanto más envejecida está la población más inactiva se torna su población adulta mayor, y también que cuanto menor es la previsión social para la jubilación más alta es la participación en el mercado de trabajo de los adultos mayores.

Pero hay otro elemento de referencia en esta distribución: como regla general, los hombres tienden a permanecer activos, en comparación con las mujeres, a partir de esa edad, (del Popolo, 2001), bien por no haber completado las condiciones para recibir pensión o por no alcanzar en la jubilación el nivel de ingreso necesarios para mantener el nivel de vida (Sala, 2011). Esto es especialmente cierto en el caso de México donde casi la mitad de los adultos mayores hombres están trabajando todavía. Las mujeres alcanzan proporciones ‘inactividad’ superiores al 80% en estos países. Es posible que esa situación de inactividad no se corresponda con las tareas que desarrollan éstas en el día a día, probablemente muchas y no remuneradas (Aranibar, 2001). Diversos factores sociales y económicos están detrás de este comportamiento que afecta a las mujeres.

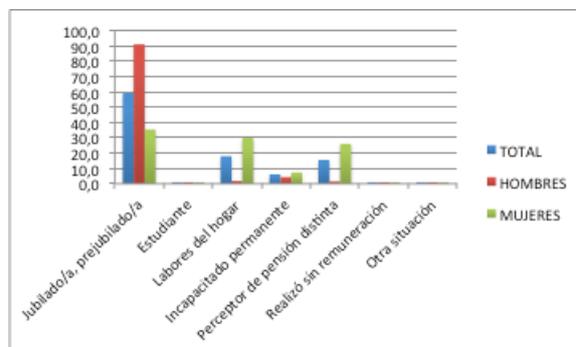
Una posible confirmación de este hecho se obtiene al estudiar la distribución de los inactivos entre la población mayor. Las categorías de **población inactiva** reflejan una composición muy diversa toda vez que se está considerando toda la población en su conjunto, tanto personas jóvenes (estudiantes), como adultos (las ‘amas de casa’, determinadas categorías de pensionistas por discapacidad, u otros grupos de personas no disponibles para trabajar) y mayores (esencialmente jubilados/retirados, discapacitados, otros pensionistas). Como es de prever, existe una diferenciación muy nítida entre hombres y mujeres (Figura 2).

Figura 3.2. Categorías de la población inactiva con 60 años y más en Argentina (2013), España (2013) y México (2010).

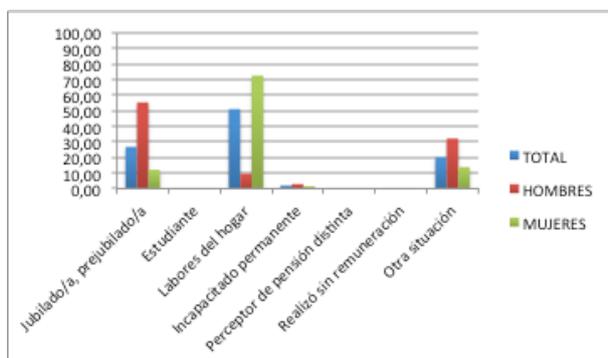
Argentina



España



México



Fuente: Elaboración propia con base a la Encuesta Permanente de Hogares 2013 (Argentina), la Encuesta de Población Activa 2013 (España) y la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo 2010 (México)

La población adulta mayor, lógicamente, tiende a no estar ya implicada en actividades laborales, aunque el porcentaje es más alto en México que en España y Argentina, lo que significa que la edad no marca en el primer caso una salida definitiva del mercado de trabajo, probablemente por la necesidad de obtener recursos económicos que sustituyan (o complementen) unas insuficientes pensiones (Pedrero, 1999), en sectores económicos como la agricultura y actividades terciarias de bajo rango (comercio, restauración, servicios diversos). No es despreciable el empleo de recursos que provengan de los entornos familiares, más o menos cercanos.

Dejando fuera de este análisis, entonces, aquellas categorías previsiblemente no asociadas con la población adulta mayor, el esquema general que emerge en los tres países está conformado por una categoría inevitable, la de los jubilados, a la que se unen otras de carácter fluctuante en sus valores y probablemente inconcretas en su definición. Con la lógica diferencia anteriormente marcada, los jubilados/retirados es el principal grupo definidor de la población

inactiva, marcando valores numéricos desiguales entre Argentina (aprox. 90%, sin diferencia por sexos) y España y México, 60% y 30%, respectivamente. Sin embargo, en estos últimos sí que se aprecian diferencias muy nítidas entre los hombres, 90% y 55%, respectivamente, y las mujeres, apenas el 30% y 10%, siendo los primeros perceptores de pensiones por haber sido trabajadores formales con remuneración en mayor proporción que las mujeres. Estos valores encajan en una tendencia muy reconocida en los países latinoamericanos en los que el porcentaje de personas que, teniendo la edad de jubilación, declaran tener como principal la de ‘estar jubilados’ de forma exclusiva, apenas supera en su conjunto el 50% de la población adulta mayor, y con notables diferencias entre los países más y menos desarrollados en la región. En general, la probabilidad de estar jubilados entre los adultos mayores es baja, y, aún así, son múltiples las diferencias que se pueden atribuir en estas cifras bajas al género (mujeres), a los espacios geográficos (áreas rurales) y a las estructuras sociales (menor educación y cualificación) al respecto (Bertranou, 2008).

¿A que podrían deberse tales valores? La mirada habría que dirigirla sin duda hacia la categoría de ‘labores del hogar’/‘quehaceres domésticos’ y, en España, hacia las personas receptoras de otras pensiones (de viudedad, no contributivas) que son esencialmente mujeres o incluso incapacitados permanentes para el trabajo entre los mayores de 60 a 65 años. Aunque estadísticamente éstas puedan estar recogidas en estas categorías, su posición vital está más cerca de las personas retiradas, especialmente aquellas que realizan labores del hogar que nunca se jubilarán porque nunca ‘trabajaron’. Finalmente hay que poner el foco en la categoría ‘Otra situación’, que en México adquiere una cierta relevancia (el 20%, más del 30% entre los hombres) y que agrupa de forma extraordinaria a aquellas personas que alegan razones para no estar activas como consecuencia de no tener una estructura familiar de apoyo cuando se tienen hijos pequeños o se está embarazada, o de no tener edad para ser aceptado/a en un trabajo o de no haber trabajo disponible para su profesión².

Un elemento de interés en el análisis comparativo es el del **sector de actividad** en el que trabaja la población. Aunque se sigue una clasificación estándar de 21 categorías, es previsible que en algunas de ellas los trabajadores no sean estrictamente comparables, debido a las diferencias en la estructura económica de los tres países. Quizás el que los porcentajes sean muy desiguales entre México (11%), Argentina (5%) y España en la categoría de ‘Otros servicios’ informa de las dificultades de catalogar de forma eficiente a toda la población trabajadores adultos mayores en esas categorías (Figura 3). No obstante ello, hay aspectos en la distribución sectorial de los adultos mayores que son bastante similares y otros notablemente diferentes, no solo en función del sexo, sino también de otros factores no incluidos en las figuras, pero igualmente influyentes.

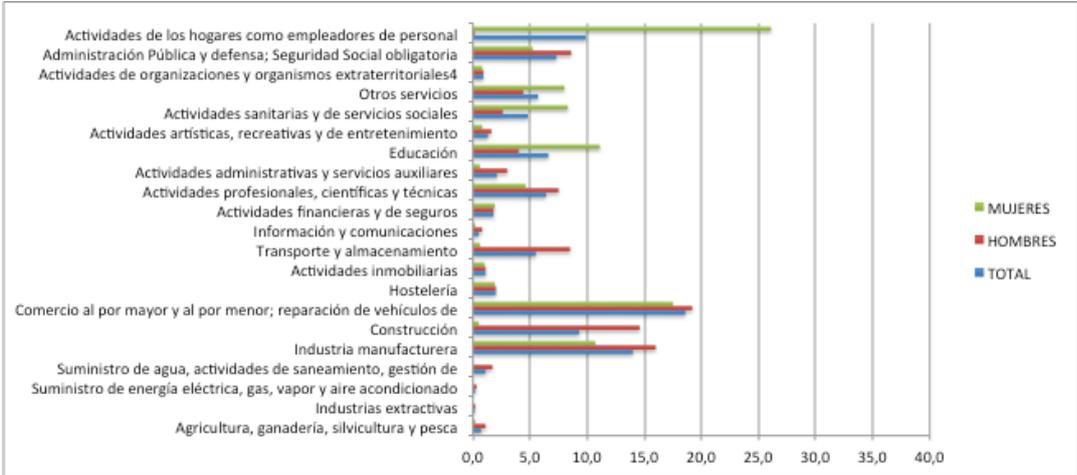
Un primer hecho destacado es que, con carácter general, la distribución sectorial es más similar entre Argentina y España, y algo diferente en México, por la diferente estructura económica anteriormente mencionada. Tienen los tres países, en cambio, un bloque de actividades que son muy semejantes en cuanto a sus valores numéricos: son la industria manufacturera, la construcción y el comercio al por mayor y menor, con valores que oscilan entre casi 10% y 25%. Formarían la espina dorsal de la actividad económica en los tres países,

² Realmente, el elevado porcentaje de esta categoría puede ser el síntoma de la situación, tantas veces referida, del desajuste entre tener necesidad de trabajar a pesar de ser adulto mayor, de no tener cobertura previsional en la vejez y de unas condiciones económicas para el sustento personal y familiar muy limitadas.

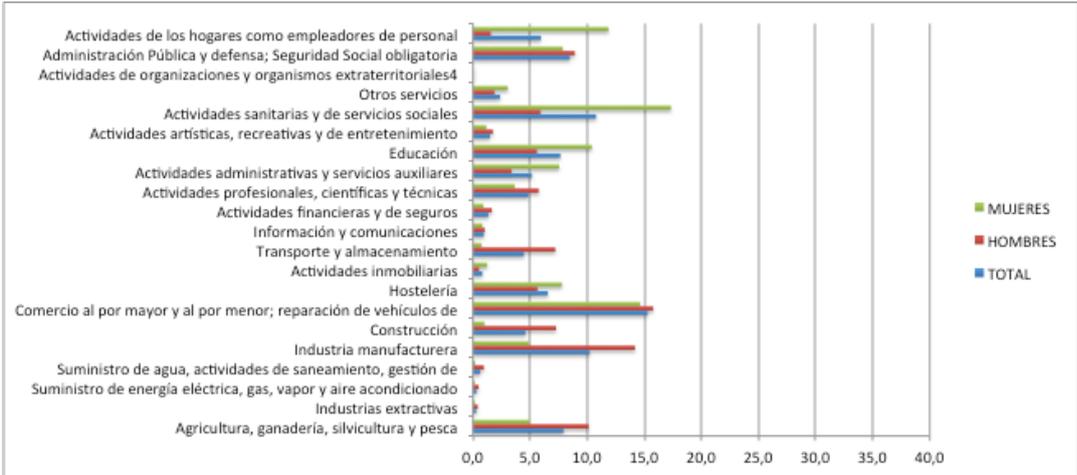
sectores de carácter mixto en el sentido de que pueden requerir una cualificación mayor (industria) o menor (construcción), pero que se diferencian por sexo. Mientras la construcción y la industria manufacturera son operadas esencialmente por hombres, la actividad comercial tiende a ser un espacio de trabajo tanto de hombres como de mujeres (Argentina y España), pero mayoritariamente de mujeres en México, mujeres adultas mayores que encuentran en el comercio una actividad adecuada para el sostenimiento de la economía familiar.

Figura 3.3. Sector de actividad de la población con 60 años y más en Argentina (2013), España (2013) y México (2010).

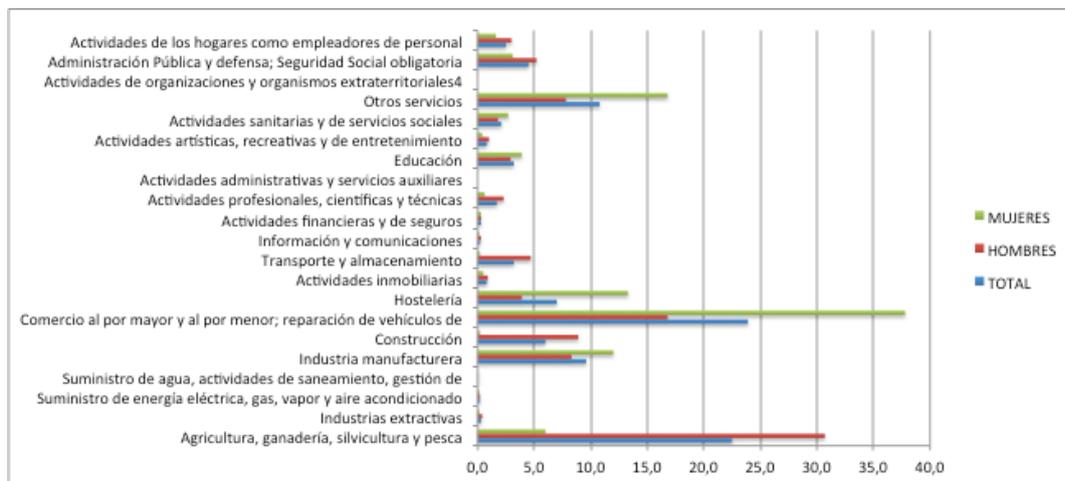
Argentina



España



México



Fuente: Elaboración propia con base a la Encuesta Permanente de Hogares 2013 (Argentina), la Encuesta de Población Activa 2013 (España) y la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo 2010 (México)

Otro hecho destacado, con un comportamiento diferenciado entre países, es la enorme importancia del sector primario (agricultura, ganadería, silvicultura y pesca) en México, que supera al 20% de los adultos mayores que están trabajando, fundamentalmente hombres, y las razones pueden ser similares a las señaladas anteriormente en relación con el trabajo de sostenimiento familiar aunque se haya llegado a la edad suficiente para dejar de hacerlo. Aunque con porcentajes más bajos, 8% aproximadamente, algo semejante puede estar sucediendo en las zonas rurales de España, en las que todavía se pueden encontrar personas mayores de 60 años, más hombres que mujeres, que todavía no se han jubilado y que siguen trabajando la tierra. El hecho de que en Argentina apenas se recojan adultos mayores trabajando en el sector se debe a la extracción urbana de la muestra de la EPH, teniendo en cuenta que el 95% de la población, incluida la adulta mayor, viven en espacios urbanos.

Otro aspecto de interés es la orientación de determinados sectores como actividades masculinas, de la misma manera que otros lo son esencialmente femeninos, con diferencias apreciable entre los países. Así, por ejemplo, además de la industria y la construcción, el sector del transporte y almacenamiento esta operado por hombre (entre 7 y 8% en Argentina y España, algo menos en México). También lo es, en parte, el sector de actividades profesionales, científicas y técnicas, sobre todo en Argentina y España, en razón de la mayor decantación social de la educación superior y técnica a favor de los hombres. Sin embargo, el papel de la mujer adulta mayor es ligeramente preponderante en sectores de servicios sociales, educativos y sanitarios e, incluso en hostelería, actividades socialmente reconocidas entre las mujeres. En este sentido destaca también de forma notable el hecho de que las mujeres adultas mayores se asocian a la prestación de servicios domésticos y de cuidados en el ámbito del hogar, mucho más en Argentina (25%) que en España (12%) y México, en la medida en que son actividades que se prestan en espacios urbanos.

En general, se puede decir que la educación recibida por hombres y mujeres es un buen predictor del sector económico en los que se insertan, de manera que existe, como en Argentina, una relación cierta entre nivel educativo bajo y trabajar en la construcción, en servicios de bajo nivel, en determinadas actividades industriales y artesanas o en el transporte,

e igualmente entre nivel educativo superior y desempeñar sus actividades en actividades de gestión y dirección administrativa, o de empresariado entre hombres, y sanidad y comercio entre mujeres (Sala, 2011). También la edad juega un papel importante en esta distribución. Funciona una regla básica, por la cual determinadas actividades, que requieren una menor cualificación, tienden a disminuir de una forma más clara cuando aumenta aquella, y ello en relación con el uso intensivo del cuerpo, con las jornadas de mayor duración y las peores condiciones de trabajo (Sala, 2011). Lo contrario también es cierto, es decir, la edad deja de tener tanta influencia cuando la actividad tiene que ver con la gestión de los conocimientos y capacidades adquiridas y no tanto con el trabajo físico.

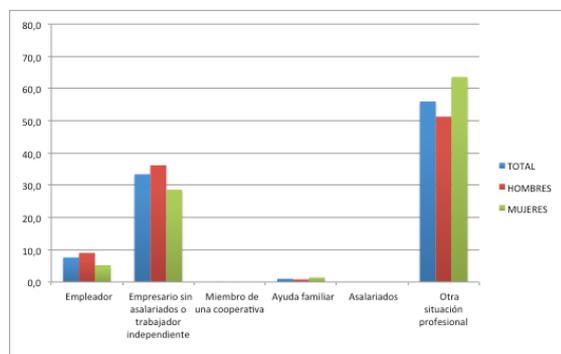
La **posición en la ocupación** es también un elemento de interés en este análisis (Figura 4). En Argentina y España prevalece una inserción en el mercado de trabajo de las personas mayores de 60 años como asalariados sobre todo en el sector privado, en la industria y el comercio y más específicamente para España, se suma el sector de los servicios sanitarios y sociales, situación que no se da entre los adultos mayores mexicanos cuyos asalariados registran al tercio de esa población. En Argentina y España las mujeres trabajan en mayor medida en calidad de asalariadas mientras que los trabajadores por cuenta propia son mayormente hombres. En México la población femenina y masculina se mantienen en una proporción similar en ambas categorías. Es previsible suponer que este patrón, el de los adultos mayores asalariados, tiende a disminuir con la edad (del Popolo, 2001).

La mitad de las personas mayores del mercado de trabajo mexicano se desempeñan en la categoría de empresarios sin asalariados o trabajadores por su cuenta, comportamiento que obedece a las características de la situación profesional que asume esta parte de la población, afincadas en el área rural y la actividad comercial, y con tendencia al autoempleo, cuando cesan de trabajar como asalariados, especialmente en zonas rurales y en sectores donde pueden hacer valer sus capacidades, como las del sector primario (Pedrero, 1999).

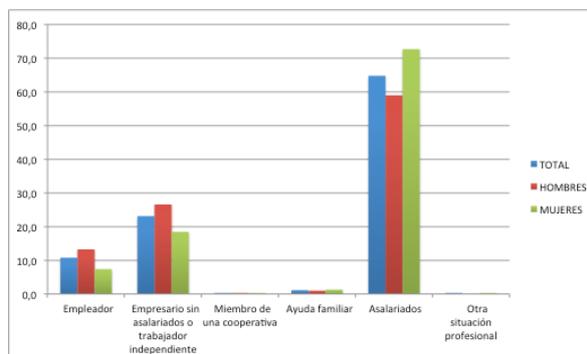
Las condiciones de precariedad y sin cobertura médica social serían otros dos rasgos definitorios de esta situación (Garay y Montes de Oca, 2011). En Argentina, este segmento está constituido por un tercio de la población, mientras que en España lo constituye menos de un cuarto de las personas mayores. En cuanto al porcentaje de los adultos mayores que son empleadores o patrones se observa una similitud en los tres países. Se distingue el caso mexicano en cuanto a la categoría ayuda familiar en relación a España y Argentina, cuya expresión es mínima, y se puede explicar por el alcance que tiene la cobertura previsional en estos países. En este ámbito del empresariado sin asalariado es relativamente más frecuente entre los hombres que entre las mujeres, situación no tan evidente en el caso de México, y en otros países latinoamericanos no favorecidos económicamente (del Popolo, 2001).

Figura 3.4. Posición en la ocupación de la población con 60 años y más en Argentina (2013), España (2013) y México (2010).

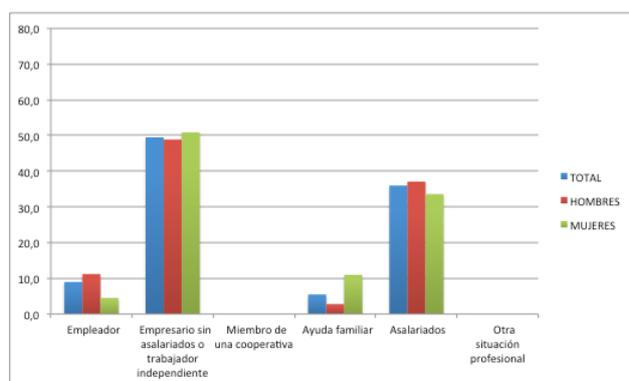
Argentina



España



México

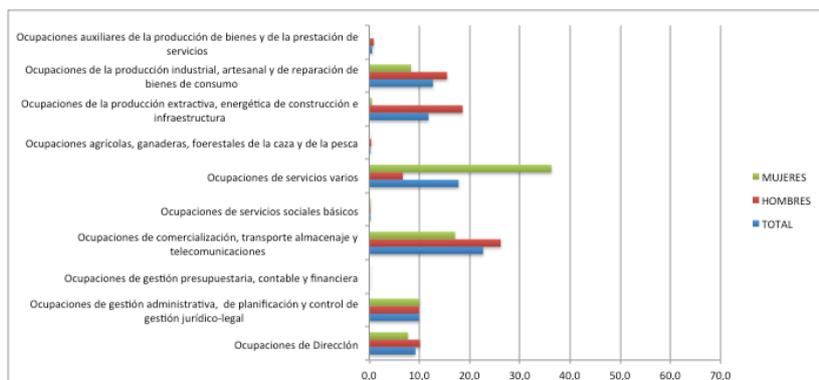


Fuente: Elaboración propia con base a la Encuesta Permanente de Hogares 2013 (Argentina), la Encuesta de Población Activa 2013 (España) y la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo 2010 (México)

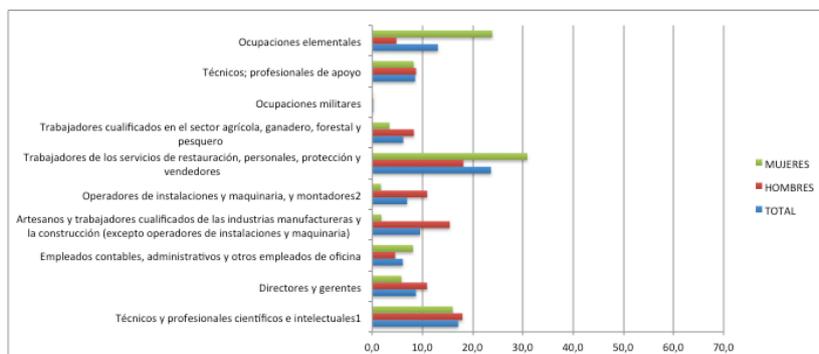
El análisis de la **situación profesional** no ofrece un esquema diferenciado del de la actividad, en buena medida porque ambos conceptos tienen una notable vinculación (Figura 5). Como puede apreciarse, las categorías que manejan los tres países no son uniformes, sin embargo alcanzan para visualizar algunas tendencias similares y otras desiguales. Para el caso de Argentina los datos muestran una clara concentración en dos categorías laborales: las ocupaciones de servicios varios y las ocupaciones de comercialización, transporte y almacenaje. Por sexo es evidente que las mujeres están más en la primera clasificación, mientras los varones mayores en la segunda. Esta clasificación es muy similar a la de México, aunque los niveles se disparan para este país. Llama la atención los altos porcentajes de las mujeres mayores como trabajadoras de los servicios de restauración, personales, protección y vendedores, mismas que responden a la desprotección en materia de seguridad social de la población femenina en ese país. Para el caso de México, otra categoría importante es el de los trabajadores agrícolas, ganaderos, forestales y pesqueros, los cuales siguen siendo representativos de las actividades de la población masculina en áreas rurales del país.

Figura 3.5. Situación profesional de la población con 60 años y más en Argentina (2013), España (2013) y México (2010).

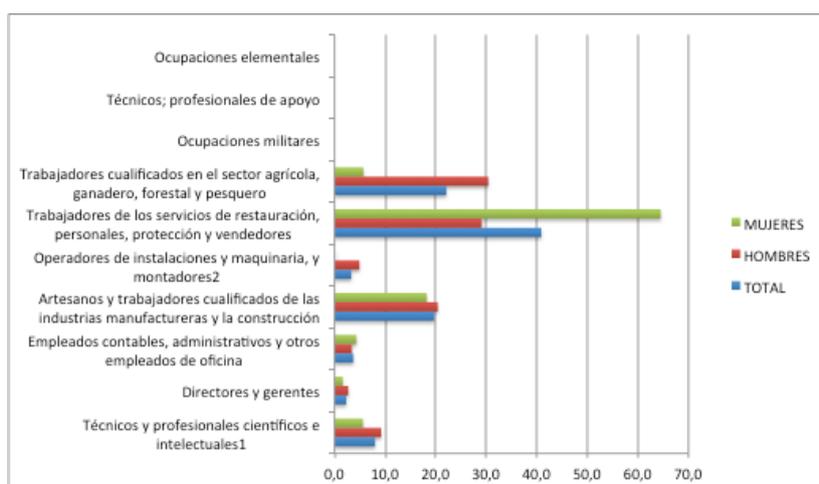
Argentina



España



México



Fuente: Elaboración propia con base a la Encuesta Permanente de Hogares 2013 (Argentina), la Encuesta de Población Activa 2013 (España) y la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo 2010 (México)

También es de llamar la atención el porcentaje nada despreciable de los artesanos y trabajadores cualificados de las industrias manufactureras y de la construcción. En todos esos casos, se trata probablemente de una población de baja cualificación profesional, indistintamente de si son mujeres u hombres. En España, los mayores de 60 años reflejan un doble esquema de distribución, diferenciándose profesiones de nivel medio bajo (ocupaciones de nivel elemental y de servicios comerciales y de restauración), donde se evidencia una mayor presencia femenina en la edad avanzada, y otro grupo de nivel alto (directores, gerentes, profesionales cualificados) donde domina la presencia masculina de personas mayores. Este último grupo para España, muestra un porcentaje interesante, que llega a contrastar con el de Argentina y México, cuyos porcentajes no son despreciables pero de menor talla en su distribución. Agrupa esta categoría a las personas que han conseguido a lo largo de su vida laboral una cualificación alta, además de disponer de un nivel educativo superior, condiciones para que su nivel de bienestar económico sea superior.

Desde una perspectiva futura, es previsible que las categorías más bajas vayan ascendiendo en su cualificación profesional a medida que vayan llegando adultos jóvenes, no solo mejor formados, sino también más abiertos a una economía de mayor productividad que la tradicional, basada en el sector primario y de servicios básicos de poco valor añadido.

Un último aspecto es el de los **ingresos**, como indicador de la capacidad para retener recursos procedentes del trabajo (Figura 6).

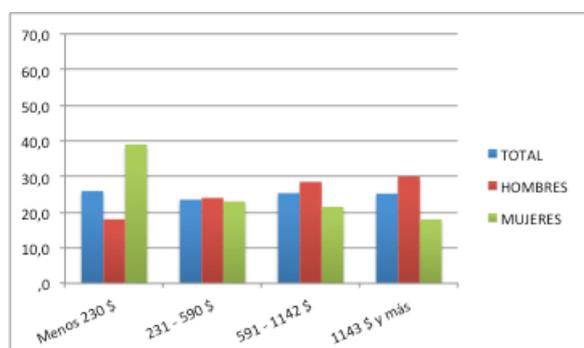
Si bien las fuentes de toma de datos están sujetas a limitaciones, y no son homogéneas por tanto, la distribución de los ingresos de los individuos mayores de 60 años en los tres países ofrece algunos elementos de notable interés.

El primero de ellos es que existe una asimetría positiva en los casos de España y México³, señal indicativa de que los valores más altos se concentran en los ingresos económicos más bajos, con la diferencia lógica de los umbrales de medida definidos y de su nivel socioeconómico. Al mismo tiempo, los valores decrecen de forma muy significativa hacia los umbrales más altos de ingresos, como respuesta a la distribución desigual de los recursos en las sociedades capitalistas. Para tomar una conciencia más exacta de esta situación y haciendo una extrapolación de los datos, aproximadamente el 50% de los adultos mayores mexicanos obtiene ingresos de 250 dólares al mes, sobre 590 en Argentina y 650 en España, tomando en cuenta el hecho de que los ingresos incluyen tanto pensiones como retribuciones por el trabajo, y que en ese grupo de adultos se incluyen activos e inactivos que no reciben ingresos. Si a tales ingresos se le añadieran los obtenidos por otros miembros del hogar, tomarían más sentido las estructuras de apoyo (hogares y familia) en el sostenimiento económico de los adultos mayores. Ello es especialmente importante en México donde más de una 10% de esta población declara no recibir ingresos.

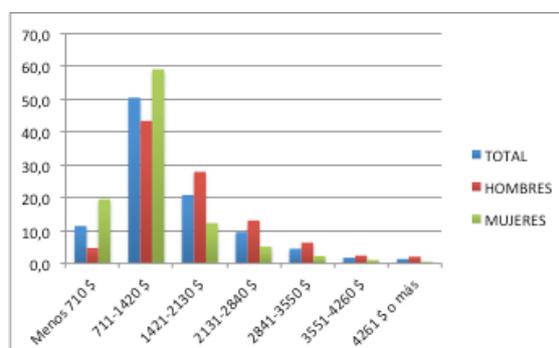
³ Al haberse utilizado los cuartiles como medida de la distribución en Argentina, este fenómeno no puede apreciarse suficientemente.

Figura 3.6. Niveles de ingresos de la población con 60 años y más en Argentina (2013), España (2011) y México (2010)

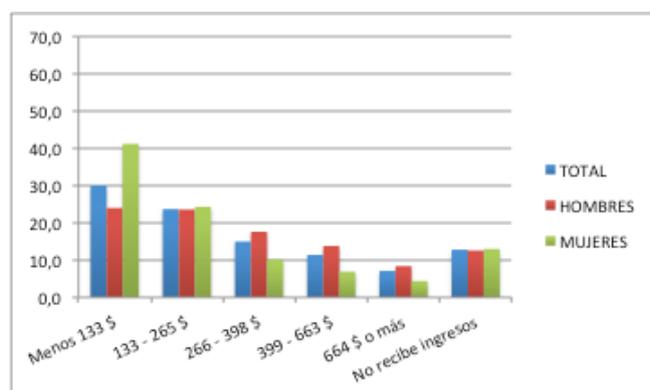
Argentina



España



México



Fuente: Elaboración propia con base a la Encuesta Permanente de Hogares 2013 (Argentina), la Encuesta de Presupuestos Familiares 2011 (España) y la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo 2010 (México)

Un factor que contribuye a valorar esta distribución general es el desigual comportamiento de hombres y mujeres, que refuerza aún más esa desigualdad. Mientras las segundas tienden a predominar en los estratos más bajos de ingreso, los primeros destacan relativamente en los más altos. Es la respuesta a la desigual distribución de recursos educacionales, de formación y de capacitación entre hombres y mujeres a lo largo del curso de vida, y al desigual papel social asignado a ambos, independientemente de los países y de las unidades de medida utilizadas.

Es importante, en tercer lugar, señalar el papel que juegan las pensiones de jubilación (y de otros tipos) en la adquisición y distribución de los recursos económicos en cada país, y ello de acuerdo a las normas y regulaciones aplicables en cada país. Como se mencionó anteriormente, hay situaciones muy diferentes entre sí. En general, en los países latinoamericanos no hay una estructura económica (pensiones públicas y privadas) que soporte la 'jubilación' de los mayores, radicando en la familia y las redes sociales la seguridad económica de los mayores (CELADE, 2006). Aunque no hay cifras totalmente comparables, existen apreciables diferencias.

México está en línea con el modelo general latinoamericano en el que es habitual la no previsión social de los jubilados, con apenas un 15% de los adultos mayores recibiendo pensión de jubilación (Bertranou, 2008). Es, además, un sistema parcial de múltiples esquemas de jubilación según instituciones y empresas del sector público (Pedrero, 1999) que acentúa las dificultades económicas durante la vejez, facilita las diferencias entre hombres y mujeres y aboca a sostenibilidad de individuos y familias a través del mantenimiento de la actividad laboral a edades elevadas y de las transferencias en los entornos del hogar y la familia. Argentina tiende a un sistema universal, en donde, según el Censo de 2010, el 97% de los adultos mayores reciben pensiones de jubilación después de la ley de moratoria previsional. Las previsiones futuras avanzan hacia un aumento de cobertura y un mantenimiento de la sostenibilidad del sistema, pero no garantizan elevados niveles de cobertura y sostenibilidad financiera en el largo plazo (Bertranou et al., 2012).

En España, el sistema público de pensiones para las personas mayores es universal para toda la población. El tipo más común es la pensión de los trabajadores, atendiendo a las condiciones de reparto y de prestación definida, que son pagadas a los jubilados por los trabajadores en activo de acuerdo a un ‘contrato’ prefijado según la trayectoria laboral del trabajador medida a través del salario recibido, los años que ha pagado por la pensión que recibirá y la edad a la que se jubila. Al mismo tiempo hay otras pensiones que atienden a otros grupos humanos como las mujeres viudas que reciben la pensión como consecuencia de estar casada con un trabajador, o las personas que, sin haber cotizado suficientemente y estando en peligro de exclusión social, reciben una pensión no contributiva. Como es evidente, un sistema universal está sujeto al problema de la sostenibilidad porque depende de la aportación de los trabajadores, cuyo número disminuye, y los recursos que reciben los jubilados, cuyo número aumenta (Sarasa, 2007; Conde-Ruiz y González, 2013).

Recientemente, en los últimos años, el modelo universal español está en revisión de acuerdo con las normas emanadas de la Unión Europea para conseguir adaptar la estructura demográfica española a las posibilidades de mantenimiento económico del mismo con diversas medidas que refuerzan el aumento de la edad de jubilación de los 65 a 67 años en próximos años, la restricción de las condiciones para el acceso a la jubilación anticipada o la compatibilidad de determinadas pensiones con la permanencia en el trabajo (Pérez Alonso, 2013). Además, es previsible que los adultos mayores que lleguen a la jubilación vean cambiar algunas de sus situaciones, y en muchos casos verán complementados los esquemas privados con pensiones de jubilación privadas en consonancia con la tendencia percibida en las últimas décadas de provisionarse de fondos de pensiones individuales por parte de los adultos jóvenes.

3.4. Conclusiones

Las condiciones económicas de las personas adultas mayores son determinantes de su calidad de vida, como queda de manifiesto en la evidencia que se rescata de los tres países analizados. A pesar de los problemas para la comparabilidad de las fuentes de información socioeconómica entre Argentina, España y México, es posible identificar las características de la participación en el mercado de trabajo de los adultos mayores así como su situación económica. Esta participación se enmarca o delimita por el nivel de desarrollo social y económico alcanzado que ha integrado de manera desigual a los grupos de adultos mayores dependiendo de su sexo, educación y edad, así como en el tipo de cobertura e ingresos que

tienen derivado de los sistemas de protección social. Estos sistemas tienen diferentes niveles de maduración, lo que determina de manera sustancial el tipo de inserción de los mayores en las economías de sus países.

La condición económica de los mayores se estudió de acuerdo a un conjunto de variables como la relación/condición con la actividad laboral, los sectores económicos en los que trabaja la población, la posición en la ocupación y condición de ocupación, y los ingresos. Sobre la condición de la actividad laboral la información muestra para la población con 60 años y más una fuerte situación de inactividad en España, seguido de Argentina y al último de México. Ello como efecto de la amplia cobertura del sistema previsional. Una lectura distinta y complementaria es que para subsanar la ausencia de una jubilación y retiro, dado que las personas adultas mayores continúan en situación de actividad frente al mercado de trabajo, principalmente en México y con menor intensidad en Argentina. Entonces, cuanto más envejecida está la población más inactiva se torna su población adulta mayor, y también que cuanto menor es la previsión social para la jubilación más alta es la participación en el mercado de trabajo de los adultos mayores. Cuando se examina la condición de inactividad, la presencia de los pensionistas es mucho más significativa en el reporte de la población argentina, incluso mayor que en España. Pero en México esta figura es muy baja en comparación con los otros países y en primer lugar están las labores del hogar, que también resultan relativamente importantes en España. Aquí llama la atención la fuerza del sistema previsional de Argentina y España, así como la situación que se da al responder esta condición entre sexos en los tres países, lo que muestra, por otro lado que en México no hay una cultura del retiro y sí del papel tradicional de las mujeres en las labores del hogar.

Dada esta condición frente al mercado de trabajo, el sector de actividad que abriga a la población activa con 60 años y más muestra una distribución sectorial más similar entre Argentina y España, que con México, esto como consecuencia de la diferente estructura económica. La espina dorsal de la actividad económica en los tres países son sectores de carácter mixto que pueden requerir una cualificación mayor (industria) o menor (construcción), especialmente para la población masculina, y del comercio tanto para hombres como para mujeres mayores, especialmente en México. Para este país, sigue siendo muy importante la participación de los mayores en el sector primario, y en menor medida en España y Argentina donde prevalecen las actividades del sector terciario dedicado a servicios tanto para hombres como para mujeres.

La posición en la ocupación también es una variable de fuerza en la identificación de la condición socioeconómica de los adultos mayores. La información muestra que en Argentina y España prevalece una inserción en el mercado de trabajo de las personas mayores de 60 años como asalariados sobre todo en el sector privado, en la industria y el comercio. Esta posición es principalmente para mujeres. Para México, por el contrario, los hombres y mujeres adultos mayores asalariados tienen una menor presencia. En este país la mitad de las personas mayores del mercado de trabajo se desempeñan en la categoría de empresarios sin asalariados o trabajadores por su cuenta. Sobre la situación profesional en Argentina los datos se concentran en dos categorías laborales: las ocupaciones de servicios varios y las ocupaciones de comercialización, transporte y almacenaje. Para España la distribución se concentra en profesiones de nivel medio bajo (ocupaciones de nivel elemental y de servicios comerciales y de restauración) y alto (directores, gerentes, profesionales cualificados). México es similar al país del cono sur, pero con una alta concentración de población femenina en actividades de servicios y también de trabajadores agrícolas. Por último, la recepción de ingresos entre los mayores de los tres países es una consecuencia de las características aludidas sobre la inserción de los mayores en el mercado de trabajo, pero también del nivel de

desarrollo social y del grado de maduración de los sistemas de previsión social. Es posible mencionar que en España y México, los valores porcentuales más altos se concentran en los ingresos económicos más bajos, mientras que para Argentina se muestra una mayor homogeneidad por estratos, como consecuencia del método de medida utilizado (cuartiles). Hay que mencionar que en Argentina y México las diferencias de género son más evidentes que en los otros dos países, además de que en este último país se registra un 10% que no reporta ingresos en la vejez. Este es un aspecto que nuevamente pone a los adultos mayores mexicanos en una mayor desventaja frente a sus contemporáneos.

Parece, de acuerdo a este panorama, que existen varias líneas de investigación que convendría analizar en el futuro. Una de ellas es la de la desigualdad de los ingresos per cápita, utilizando primero los deciles y por grupos de edad. Aquí se debe hacer estadística descriptiva y la utilización de indicadores sintéticos de la desigualdad, que dan información de los grados de concentración media, como del ordenamiento de los países. Una segunda sería el estudio de la ubicación de los ocupados en la distribución del ingreso lo que no es un fenómeno aleatorio. Por eso es muy importante revisar las variables asociadas a los individuos, ya sean características personales u otras ligadas a su inserción en el aparato productivo para después analizar por análisis multivariado los tres países. Finalmente, convendrá analizar la percepción de los adultos mayores de su situación económica y su relación con las políticas económicas de sus países.

3.5. Bibliografía

- Abellán, Antonio y Ayala, Alba (2012), “Un perfil de las personas mayores en España, 2012. Indicadores estadísticos básicos”, *Informes Portal Mayores*, n° 131, Madrid.
www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/pm-indicadoresbasicos12.pdf
- Alvarado, B.E., Zunzunegui, M.V., Beland, F. y Bemvita, J.M. (2008), “Life Course Social and Health Conditions Linked to Frailty in Latin American Older Men and Women”, *The Journals of Gerontology: Series A*, 63(12), pp. 1399-1406.
- Aranibar, P. (2001), Acercamiento conceptual a la situación del adulto mayor en América Latina, Serie Población y Desarrollo, n° 21, CELADE: Santiago de Chile.
- Ayala, L. y Adiego, M. (2011), “Los cambios en la estructura de la desigualdad en España: ¿Qué nos dice la nueva EPF?”, *XVIII Encuentro de economía pública*, Málaga, 35 p.
- Bertranou, F. (2001), Empleo, Retiro y Vulnerabilidad Socioeconómica de la Población Adulta Mayor en la Argentina, OIT: Santiago de Chile.
- Bertranou, E. (2008), Tendencias demográficas y protección social en América Latina, Serie Población y Desarrollo, n° 82, CELADE: Santiago de Chile.
- Bertranou, F., Cetrángolo, O., Grushka, C. y Casanova, L. (2012), *Más allá de la privatización y la reestatización del sistema previsional de Argentina: cobertura, fragmentación y sostenibilidad*. Desarrollo Económico. Revista de Ciencias Sociales, vol. 52, n° 205, pp. 3-30.
- Braña Pino, F. (2011), “Poverty, incapacity and dependence in Spain”. *Papeles de Economía Española*, 129, pp.14 -26.
- CELADE (2006), “Seguridad económica en la vejez” en *Manual sobre indicadores de calidad de vida en la vejez*, CELADE: Santiago de Chile.

- Conde-Ruiz, J.I. y González, C.I. (2013), Reforma de pensiones 2011 en España, *Hacienda Pública Española*, 204: 9-44.
- Del Popolo, F. (2001), Características sociodemográficas y socioeconómicas de las personas de edad en América Latina, *Serie Población y Desarrollo*, No. 19, CELADE: Santiago de Chile.
- Fernández-Mayoralas, G., Rojo-Pérez, F., Frades-Payo, B., Martínez-Martín, P. y Forjaz, J. (2011), “La calidad de vida de los mayores nominada y evaluada por ellos mismos a partir del instrumento SEIGoL-DW”. En F. Rojo-Pérez y G. Fernández-Mayoralas. *Calidad de Vida y Envejecimiento. Las visiones de los mayores sobre sus condiciones de vida*. Madrid: FBBVA, pp.83-110.
- Garay, S. y Montes de Oca, V. (2011), “La vejez en México: una mirada general sobre la situación socioeconómica y familiar de los hombres y mujeres adultos mayores” en *Perspectivas Sociales/Social Perspectives*, Universidad Autónoma de Nuevo León - Universidad de Tennessee, vol. 13, núm. 1, pp. 143-165.
- Goerlich, F. J. y Pinilla, R. (2013). “Esperanzas de vida libres de discapacidad por sexo y comunidad autónoma: 2004-2006”. WP-EC 2009-13, Valencia: Instituto Valenciano de Investigaciones Económicas. <http://www.ivie.es/downloads/docs/wpasec/wspasec-2009-13.pdf>
- Gomes, C. (1997), “Seguridad social y envejecimiento: la crisis vecina”, en Rabell, Cecilia (Coord.), *Los retos de la población*, Flacso/Juan Pablos Editor: México.
- Guzmán, J. M. (2002), Envejecimiento y desarrollo en América Latina y el Caribe. Vol. 28, United Nations Publications.
- Ham Chande, R. (1993), “La insuficiencia de las pensiones por vejez”, *DEMOS, Carta Demográfica sobre México*, México.
- Huenchuan, S. y Guzmán, J. M. (2006), “Seguridad económica y pobreza en la vejez: tensiones, expresiones y desafíos”. Reunión de Expertos sobre Población y Pobreza en América Latina y el Caribe, CEPAL/CELADE/UNFPA, 14 – 15 de noviembre.
- Martínez, J., Jiménez J. E., Graupera, J. L. y Rodríguez, M. L. (2006), “Condiciones de vida, socialización y actividad física en la vejez”. *Revista Internacional de Sociología*, 64(44), pp. 39-62. <http://revintsociologia.revistas.csic.es/index.php/revintsociologia/article/view/27/27>
- Montes de Oca, V. y M. Hebrero M. (2005), Transferencias intergeneracionales y apoyos económicos y no económicos en México y Guanajuato: aproximaciones macro y micro, *Notas de Población*, No. 80, CELADE: Santiago de Chile.
- Nguyen, C.T., Couture, C.T., Alvarado, B.E. y Zunzunegui, M.V. (2008), “Life course socioeconomic disadvantage and cognitive function among the elderly population of seven capitals in Latin America and the Caribbean”, *Journal of Aging and Health*, 20(3), pp. 347-62.
- Oddone, M.J. (2006), “El trabajo, la descronologización del ciclo vital y la exclusión de los trabajadores de mayor edad”. Ciencias Sociales. Revista de la Facultad de Ciencias Sociales de la UBA, Julio, pp. 30-33.
- Oddone, M.J. (2010), “Representación Social del Trabajo. Desocupación e impacto en la salud de los trabajadores”, Prólogos. *Revista de Historia, política y sociedad*, 3(3), pp. 95-154.
- Pedrero Nieto, M. (1999), “Situación económica en la tercera edad”, *Papeles de Población*, año 5, núm. 19.
- Pérez Alonso, M.A. (2013), La Pensión de Jubilación en España tras las recientes reformas (Ley 27/2011 y RDL 5/2013), *Revista Internacional y Comparada de Relaciones Laborales y Derecho del Empleo*, vol. 1, nº 3, pp. 1-16.

- Rodríguez-Rodríguez, V., Rojo-Pérez, F., Fernández-Mayoralas, G., Ahmed-Mohamed, K., Lardiés-Bosque, R., Prieto-Flores, M. E., et al. (2011), “Recursos económicos y calidad de vida en la población mayor”, *Revista Internacional de Sociología*, 69 (1), pp. 195-227.
- Sala, G.A. (2011), “Empleo y desempleo entre los adultos mayores argentinos”, *Documentos de Trabajo* n° 7, IELDE: Salta.
- Sarasa, S. (2007), “Pensiones de jubilación en España: reformas recientes y algunas consecuencias sobre el riesgo de pobreza”. *Política y Sociedad*, vol. 44, n° 2: 87-99.
- Wismar, M., Maier, C. B., Glinos, I. A., Dussault, G. y Figueras, J. (2011), Health Professional Mobility and Health Systems. Evidence from 17 European countries. European Observatory on Health Systems and Policies, World Health Organization. http://www.sfes.info/IMG/pdf/Health_professional_mobility_and_Health_systems.pdf
- Wong, R. y Palloni, A. (2009), “Aging in Mexico and Latin America”. En *International Handbook of Population Aging*, Springer Netherlands, pp. 231-252.

4. LA VIVIENDA COMO ELEMENTO DEL ENTORNO RESIDENCIAL

Autoría:

Fermina Rojo Pérez
Sagrario Garay Villegas
María Julieta Oddone
Pilar Alonso Reyes
Mirna Hebrero Martínez
Lilia B. Chernobilsky
Gloria Fernández-Mayoralas

4.1. Introducción: antecedentes y objetivos de estudio

A medida que la demografía ha ido evolucionando hacia el envejecimiento, esta situación ha generado un reto tanto para la sociedad y los gobiernos como para los propios individuos. Así, por un lado, los efectos de la generalización de las políticas del Estado del Bienestar y, por otro, la aprehensión o comprensión de esta etapa de la vida por los propios individuos, no como de inactividad y de exclusión sino de participación social y comunitaria a medida que se envejece, ha permitido superar las visiones negativas asociadas con la vejez. En este contexto, “envejecer de forma activa” ha gozado de interés desde hace varias décadas hasta su adopción, por la Organización Mundial de la Salud (OMS) a finales de los años 90, como objetivo para recoger las tres dimensiones esenciales del envejecimiento (física, mental y bienestar social). La OMS define este concepto como “el proceso de optimización de oportunidades en salud, participación y seguridad en orden a mejorar la calidad de vida de la población” (World Health Organization, 2002). Así, el envejecimiento activo, como paradigma relativamente reciente (Avramov & Maskova, 2003; Fernández-Ballesteros, Robine, Walker, & Kalache, 2013; Ramiro Fariñas et al., 2012), considera la vejez desde una perspectiva positiva, y no desde una óptica de deterioro.

Pero este paradigma abarca distintos términos o conceptos que muchas veces se manejan como interoperables, como envejecimiento saludable (relativo a la salud y la forma de envejecer saludablemente), envejecimiento con éxito (ligado con la dimensión social y el sistema de relaciones), envejecimiento productivo (asociado con el valor económico del tiempo disponible, actividades de tiempo libre y participación, provisión de cuidados y apoyo, y envejecimiento activo (ligado con el hecho positivo de envejecer y con la realización y participación en actividades). Asimismo, este concepto se ha correlacionado con el bienestar subjetivo, de forma que muchas veces se ha considerado como efecto y otras muchas como causa o también como factor moderador.

Bajo esta multiplicidad de enfoques se entiende que el envejecimiento activo depende de una amplia variedad de determinantes o factores influyentes, que la OMS centra en determinantes de la salud, del comportamiento y adopción de estilos de vida saludables y de participación

activa, personales, entorno físico y medio construido, entorno social y apoyo, y determinantes económicos, siendo así que la cultura y el género se consideran como transversales, en el sentido de que pueden influir sobre el resto de los determinantes (World Health Organization, 2002). Y estos determinantes subyacen como factores explicativos de la calidad de vida en el proceso de envejecimiento activo.

Diversas investigaciones sobre calidad de vida en población mayor han concluido que son varios los dominios o dimensiones que los mayores establecen como los más importantes en su vida, a saber, salud, red familiar, situación económica, red social y ocio-tiempo libre (Fernández-Mayoralas, Rojo-Pérez, Frades-Payo, Martínez-Martín, & Forjaz, 2011). Y otras dimensiones como la vivienda y los vecinos, como elementos del entorno residencial, producen un nivel de satisfacción muy elevado en relación con la calidad de vida global (Fernández-Mayoralas et al., 2011) y se constituyen en predictores subjetivos de ésta (Rojo-Pérez & Fernández-Mayoralas, 2011a).

Bajo estos antecedentes, este capítulo examina las condiciones de vida de la población adulta mayor en lo relativo a las características del entorno residencial donde se desarrolla su vida. Pero, en el estudio presente, sólo el elemento vivienda van a ser analizado como resultado de la disponibilidad de información para los países en estudio.

4.2. El entorno residencial como marco para envejecer en casa

Envejecer acontece en el tiempo, pero también tiene lugar en el espacio que se ocupa y cómo y con quién se ocupa. La población vive y envejece en casa, en su entorno habitual de residencia, y desea seguir viviendo de este modo el mayor tiempo posible (Rojo-Pérez, Fernández-Mayoralas, Pozo-Rivera, & Rojo-Abuín, 2002), mientras sus circunstancias personales así como de nivel de competencia en salud física y mental se lo permitan (Fernández-Mayoralas, 2011). Por ello, generalmente se afirma que el entorno físico de residencia es para la población, en general, pero para los mayores, en particular, el espacio que más les ata, con el que tienen asociados su memoria y recuerdos de vida (Rojo-Pérez et al., 2002).

El espacio residencial no se restringe sólo a la casa, al espacio interior o privado (Rojo-Pérez, Fernández-Mayoralas, Rodríguez-Rodríguez, Prieto-Flores, & Rojo-Abuín, 2007), sino también al entorno donde ésta se ubica, el barrio o localidad de residencia, el espacio exterior o público, donde, además, pueden compartir sus experiencias de vida con el resto de los vecinos que lo habitan (Fernández-Mayoralas, Rojo Pérez, & Rojo Abuín, 2004).

La vivienda y el entorno de residencia afectan o interactúan con muchos aspectos de la vida, como la salud, las relaciones sociales, la participación y seguridad, la protección física y social, y, consecuentemente, tienen su correlato en las condiciones y calidad de vida (Rojo-Pérez & Fernández-Mayoralas, 2011a). Una vivienda y entorno físicos adecuados pueden ayudar a facilitar la autonomía y a retrasar las consecuencias del envejecimiento manifestado en las distintas dimensiones de la vida, especialmente de la discapacidad y de la enfermedad, así como a alejar a los mayores de entornos medioambientales de desigualdad, facilitando la integración social y comunitaria. Por el contrario, pobres condiciones de la vivienda y del medioambiente residencial se asociarían con un mayor padecimiento de adversas condiciones de salud, accidentalidad e incluso de mortalidad; viviendas en bajas condiciones de

habitabilidad se asocian con población de niveles de renta también bajos, y la tenencia de la vivienda en condiciones distintas a la propiedad podría influir en desigualdad social, aislamiento social y estrés.

Bajo este contexto subyace el interés de conocer las características y condiciones de las viviendas, poniendo el énfasis en los aspectos más directamente medibles, en tanto que la vivienda constituye un elemento básico para el bienestar de la población adulta mayor. Así, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), destaca la importancia de las viviendas saludables (entendidas como propias, con ubicación segura, estructura adecuada, acceso a servicios básicos, bienes de consumo seguros e higiene adecuada) como un elemento que permite contar con mejores niveles de salud física y mental, así como evitar accidentes (Flores Villavicencio, Cervantes Cardona, Avila, & Cerquera Córdoba, 2011; Organización Panamericana de la Salud. OPS, 2006).

Bajo estos antecedentes, el objetivo fundamental de este capítulo es aproximar el estudio de las condiciones de la vivienda donde reside población mayor desde una perspectiva comparativa en Argentina, España y México. El enfoque de análisis deriva de la disponibilidad de información e indicadores temáticos comparables para los tres países de estudio.

Una profundización de este análisis llevará, en etapas posteriores de la investigación y al amparo de fuentes de datos comparables, a relacionar estos aspectos objetivos o normativos de la vivienda con la valoración que de ella hacen sus moradores, en lo que se denomina como aproximación subjetiva de la dimensión residencial. También en estudios subsiguientes habrían de ser analizadas las relaciones entre el entorno medioambiental de residencia y otras dimensiones de la vida, con objeto de generar conocimiento que permita diseñar políticas sociales para mantener a la población en su entorno habitual con autonomía e independencia en el acontecer del envejecimiento.

4.3. Material y métodos

Para afrontar el objetivo de este capítulo, desde una perspectiva comparativa en los países de estudio, se han revisado las fuentes y análisis publicados en cada país, se ha cotejado la información equivalente y comparable y ésta se ha recogido en tablas de datos. No siempre se ha podido hacer uso de todos los indicadores que conforman el análisis de la dimensión residencial en cada país, por cuanto o bien la temática a examinar difiere en las fuentes revisadas según países, o bien no es posible comparar el intervalo temporal. En suma, las fuentes manejadas tienen una gran riqueza de datos para abordar estudios unitarios, pero su uso en análisis comparativos no siempre ha sido posible en toda su extensión.

En lo que atañe al caso argentino se ha hecho uso de la Encuesta Permanente de Hogares 2013 (EPH) (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. INDEC). Dentro de la multidimensionalidad afrontada en esta fuente y en relación con la vivienda, pueden obtenerse datos sobre tipo de vivienda, cantidad de habitaciones, material de los pisos, material de la cubierta exterior del techo, revestimiento interior del techo, disponibilidad de agua, fuente de provisión del agua, disponibilidad de baño, destino de eliminación de excretas, existencia de basural, inundabilidad de la zona, localización en asentamiento precario, régimen de tenencia, cuarto de cocina / lavadero / garaje, combustible utilizado para cocinar, tenencia de baño de

uso exclusivo, tenencia de habitación de uso exclusivo, tenencia de baño de uso exclusivo. Para conocer una caracterización más extensa de esa fuente se remite al capítulo III de este libro.

Para España se ha utilizado el Censo de Población y Viviendas de 2011 (Instituto Nacional de Estadística. INE). De esta fuente, y en relación con el tema de estudio de este capítulo, se ha obtenido información de los edificios (tipo de edificio, número de inmuebles, número de plantas bajo, estado del edificio, instalaciones o dotaciones de equipamiento, accesibilidad, año de construcción) y de las viviendas (clase de vivienda, régimen de tenencia, instalaciones o dotaciones de equipamiento, sistema de suministro de agua, superficie útil y habitaciones). Las características técnicas y el contenido de esta fuente pueden verse en el capítulo III.

En relación con México, para el tema de vivienda se utilizó como fuente principal de información el Censo de Población y Vivienda de 2010, tanto los datos del cuestionario básico, como algunos del cuestionario ampliado que fueron aplicados a una muestra representativa a nivel nacional (Instituto Nacional de Estadística y Geografía. INEGI, 2010). Los datos utilizados corresponden al tamaño de localidad, el tipo de vivienda, suministro de agua, número de habitaciones y disponibilidad de drenaje. Como puede observarse en la tabla V.1, en algunos casos fue necesario recurrir a otras fuentes de datos para obtener información específica que no estaba disponible en el Censo. Estas fuentes fueron la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT)(Gutiérrez et al., 2012). El dato que se obtuvo de esta encuesta fue el relacionado con la disponibilidad y el tipo de calefacción en la vivienda. Asimismo se hizo uso de la Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento en México 2012 (ENASEM 2012) (Instituto Nacional de Estadística y Geografía. INEGI, 2012). Esta fuente dio la oportunidad de explorar los temas relacionados número de plantas de la vivienda y la disponibilidad de elevador. Los indicadores relativos al acceso a internet, el régimen de tenencia, el tipo de combustible, tendido telefónico y la disponibilidad de calentador de agua se obtuvieron de The Integrated Public Use Microdata Series (IPUMS) 2010, y son cifras con base en el Censo de Población de 2010.

La información que puede obtenerse de las fuentes previamente mencionadas es muy rica para el estudio unitario de cada país, lo que puede verse extensamente expresado en el capítulo III de este libro. Pero para el aspecto comparativo que pretende este capítulo, el método de análisis de los indicadores seleccionados ha tenido que ser acotado al estrictamente descriptivo y comparativo, en tanto que los indicadores disponibles y el uso de tablas a medida no han permitido análisis estadísticos de otro tipo. En este sentido, y a los efectos comparativos que se pretenden en el estudio de la vivienda ocupada por población adulta mayor en Argentina, España y México, la relación de variables utilizadas puede verse en la tabla V.1.

Tabla 4.1. Relación de fuentes utilizadas y comparabilidad de la información

ARGENTINA	ESPAÑA	MÉXICO
Encuesta Permanente de Hogares 2013 (INDEC)	Censo de Población y Viviendas 2011 (INE)	i) Censo de Población y Vivienda 2010 (INEGI); ii) Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (INSP); iii) Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México 2012 (INEGI); iv) Integrated Public Use Microdata Series (IPUMS) 2010
Ámbito geográfico: Nacional urbano	Ámbito Geográfico: Nacional	Ámbito Geográfico: Nacional
	Población residentes en viviendas principales	
	Tamaño del municipio de residencia (*)	Tamaño del municipio de residencia (*)
Tipo de vivienda (*)	Tipo de vivienda (*)	Tipo de vivienda (*)
Argentina	España	México
Datos de la Vivienda		
Régimen de tenencia (*)	Régimen de tenencia (*)	Régimen de tenencia (*)
Cantidad de habitaciones (*)	Número de habitaciones (*)	Número de habitaciones (*)
	Superficie útil	
	Calefacción: sí o no (*)	Disponibilidad de calefacción (*)
	Tipo de Calefacción (*)	Tipo de calefacción (*)
	Acceso a internet (*)	Acceso a internet (*)
Fuente y origen del agua (*)	Sistema de suministro de agua (*)	Dotación de agua (*)
Tipo de pisos interiores		
Cubierta exterior del techo		
Datos del edificio		
	Tipo de edificio	
	Número de plantas	Número de Plantas
	Año de construcción	
	Estado del edificio	
	Ascensor (*)	Dotación de ascensor (*)
	Accesibilidad	
Garaje (*)	Disponibilidad de garaje (*)	
Gas (*)	Gas (*)	Tipo de combustible (*)
	Tendido telefónico (*)	Tendido telefónico (*)
Baño o letrina (*)	Excusado (*)	
	Agua caliente central (*)	Si tiene calentador de agua (*)
Desagüe del baño (*)	Evacuación de aguas residuales (*)	Disponibilidad de drenaje (*)

(*) Variables usadas.

4.4. Resultados

4.4.1. Tamaño del área geográfica donde reside la población adulta-mayor

Generalmente, las áreas rurales son las que tienen más envejecida su estructura demográfica, mientras que, en relación con el tamaño demográfico, son las áreas urbanas los espacios geográficos que concentran más población mayor (Puga González & Abellán García, 2006). Conocer cuál es el grado de envejecimiento en términos relativos, pero también la localización de la población en términos absolutos, tiene implicaciones relevantes en la planificación de servicios enfocados a mantener a los mayores en su entorno habitual de residencia con autonomía e independencia.

En la comparación entre Argentina, España y México hay que señalar que la consideración de población rural y urbana difiere ligeramente. Así, se considera rural en los dos primeros países aquellas áreas en las que residen hasta 2.000 habitantes, mientras que en México es hasta 2.500 habitantes. Consecuentemente, la población urbana para Argentina sería aquella que habita en áreas de 2.000 y más habitantes y en México de 2.500 y más habitantes. En España, además, el Censo de 2011 delimita las áreas intermedias (entre 2.001 y 10.000 habitantes) y las urbanas (más de 10.000) (Instituto Nacional de Estadística. INE). Otra diferencia en este tema es que los datos sobre concentración de población mayor por tamaño del área de residencia se refieren en Argentina a población con 65 o más años de edad, mientras que en España y México es a población con 60 o más años. En valores absolutos y relativos, estas características se muestran en las figuras V.1 a V.6.

Figura 4.1. Concentración de la población por grandes grupos de edad según el tamaño del municipio de residencia, Argentina (valores absolutos)

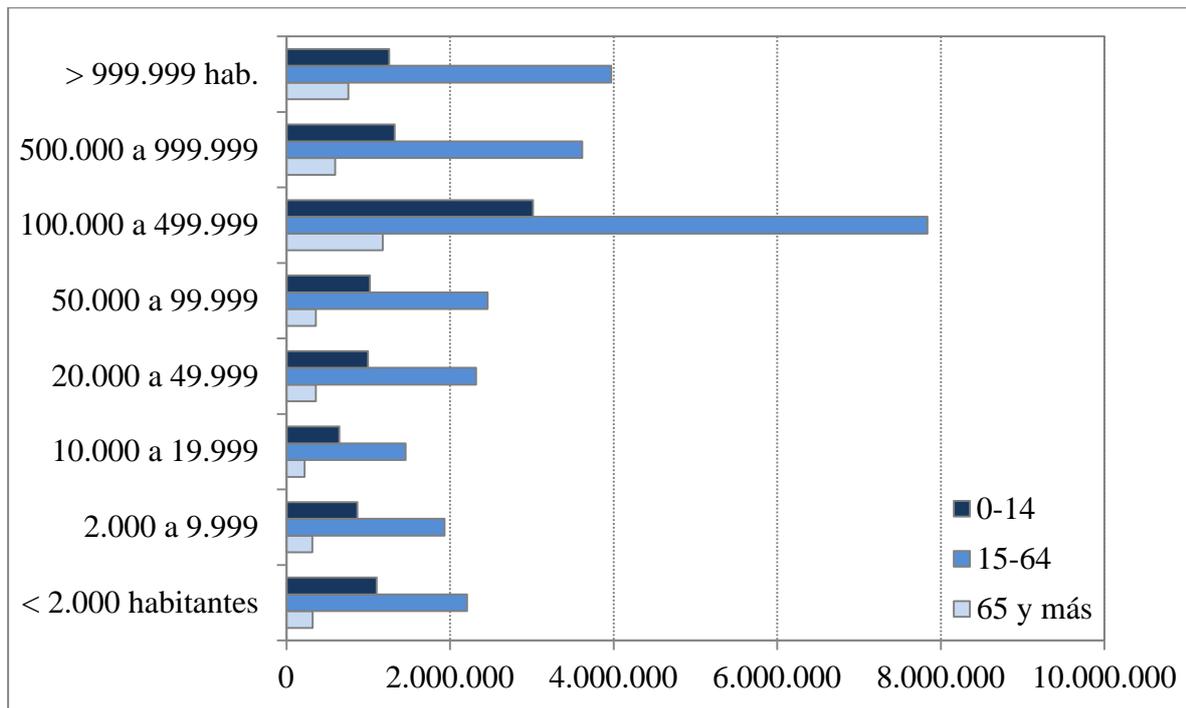


Figura 4.2. Concentración de la población por grandes grupos de edad según el tamaño del municipio de residencia, Argentina (valores relativos)

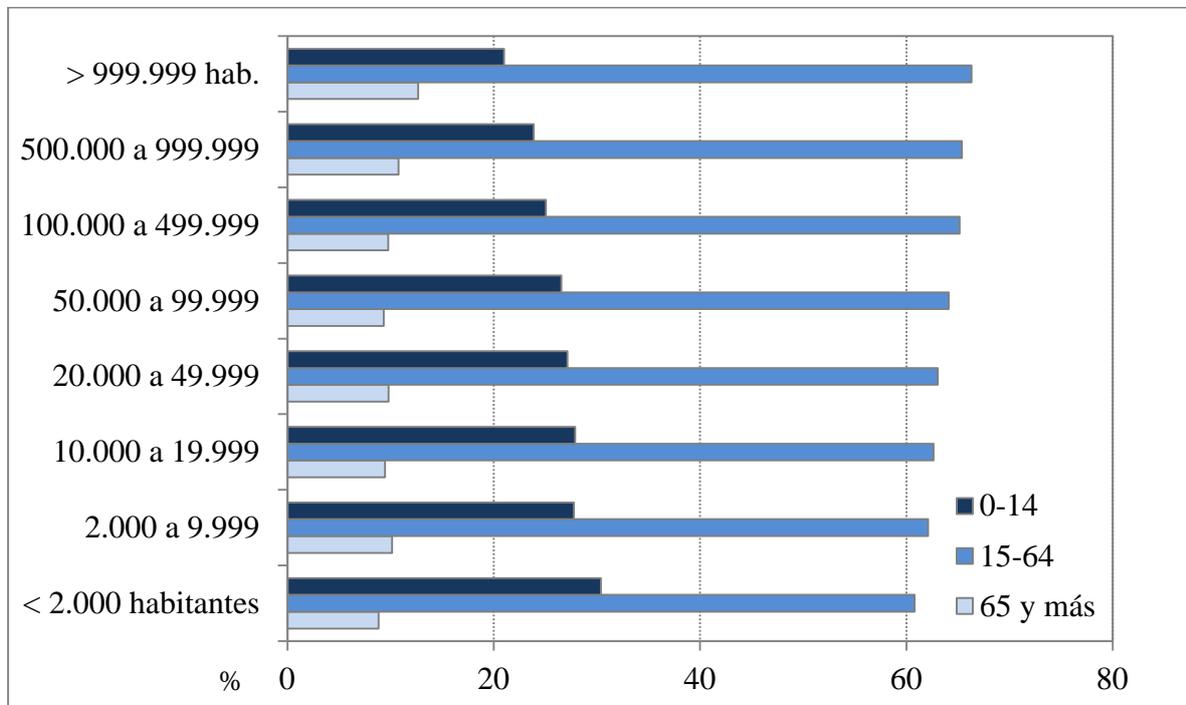


Figura 4.3. Concentración de la población por grandes grupos de edad según el tamaño del municipio de residencia, España (valores absolutos)

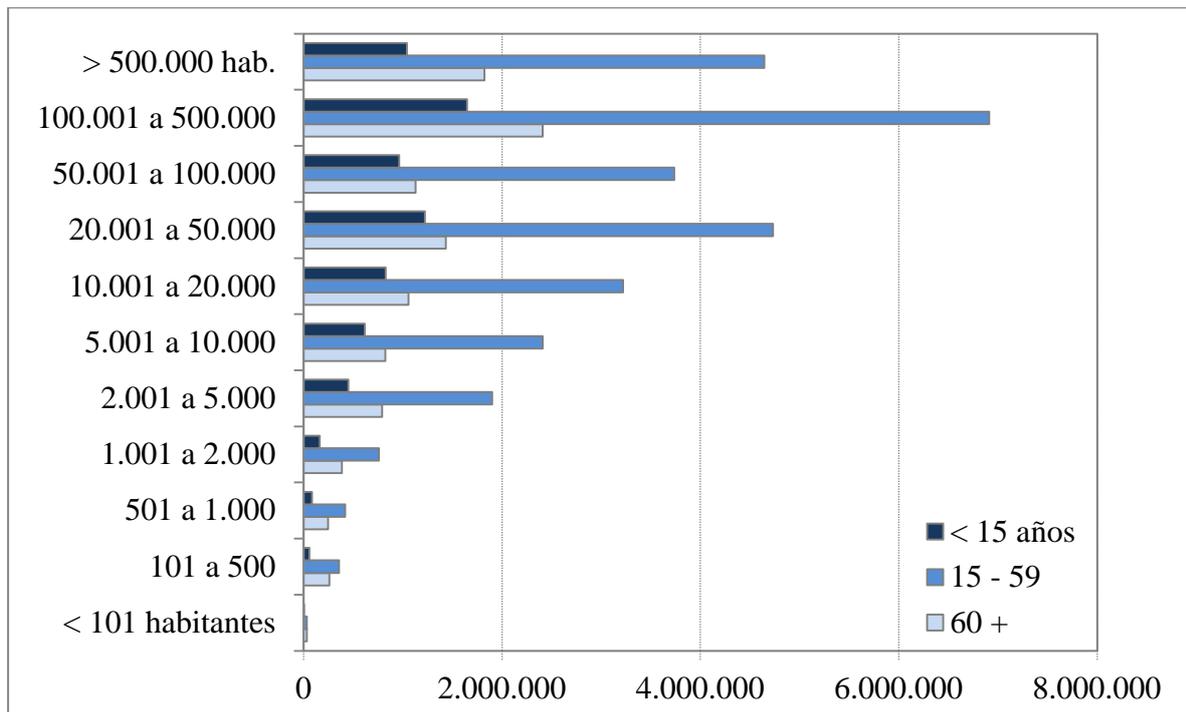


Figura 4.4. Concentración de la población por grandes grupos de edad según el tamaño del municipio de residencia, España (valores relativos)

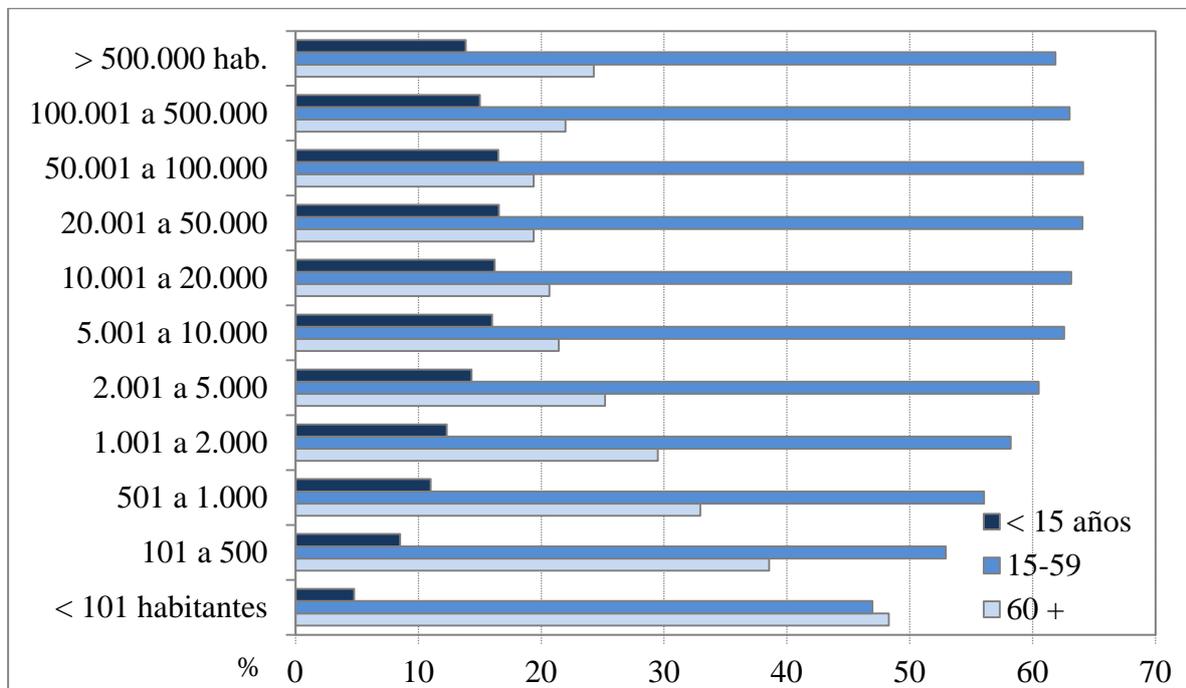


Figura 4.5. Concentración de la población por grandes grupos de edad según el tamaño del municipio de residencia, México (valores absolutos), 2010

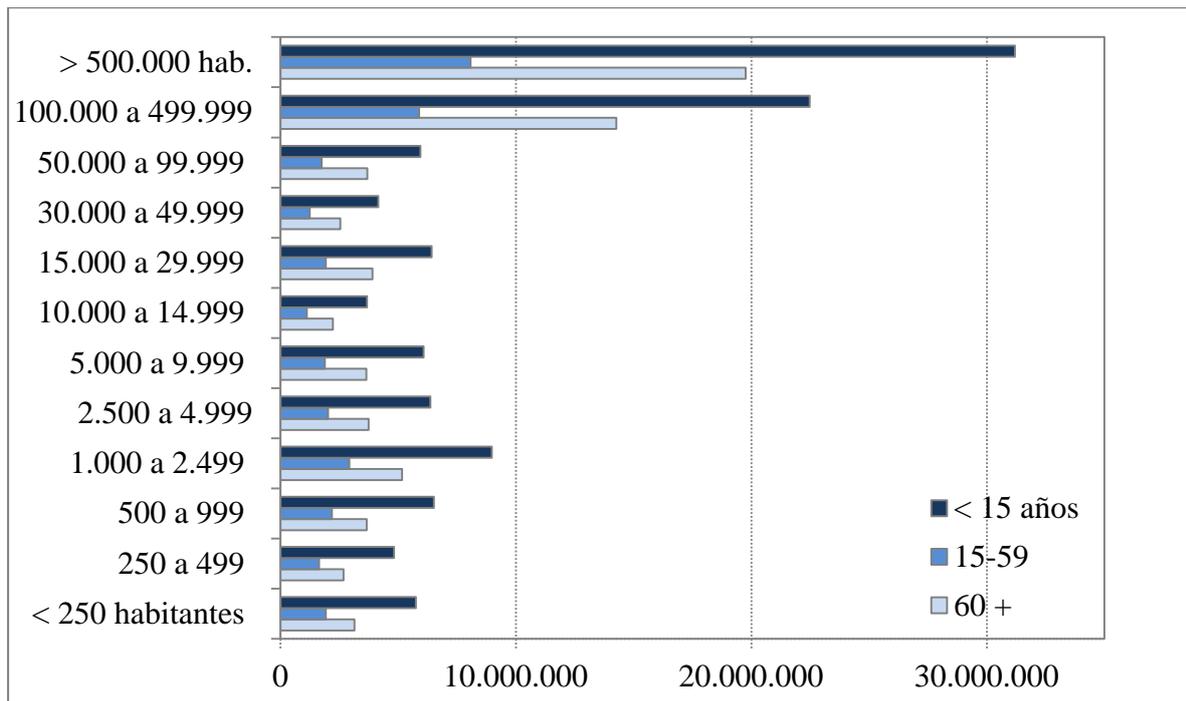
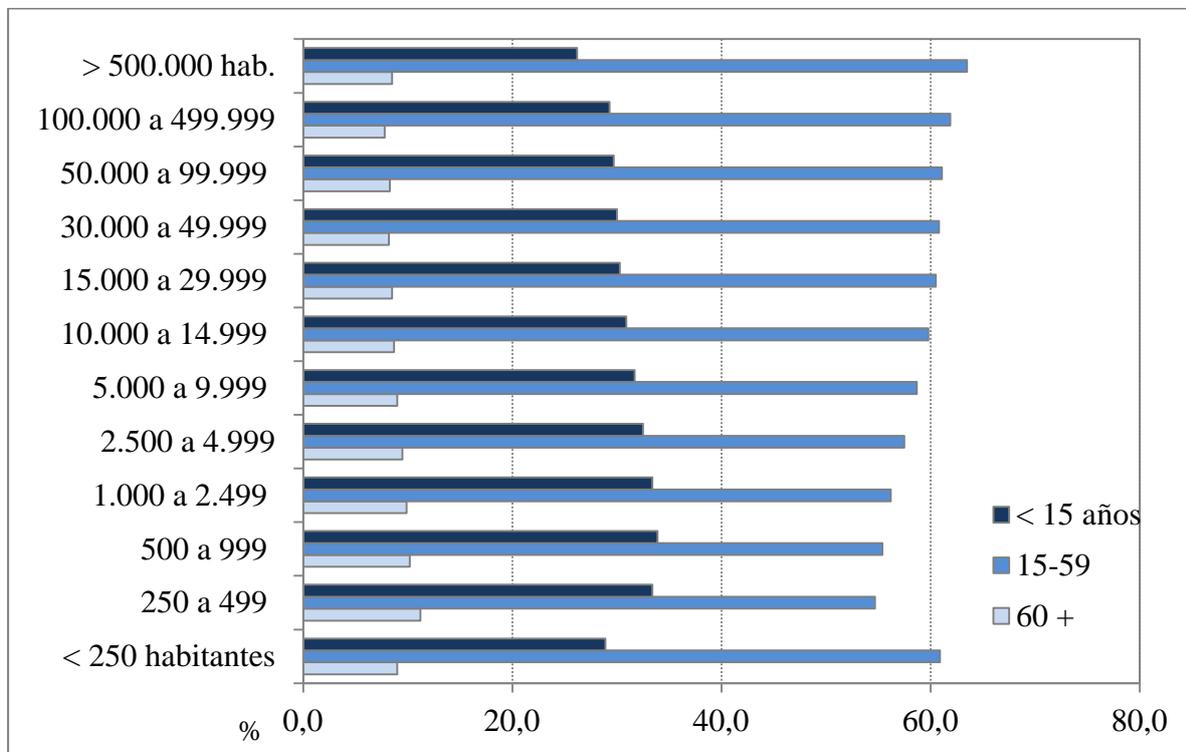


Figura 4.6. Concentración de la población por grandes grupos de edad según el tamaño del municipio de residencia, México (valores relativos), 2010



En este contexto, y considerando la población mayor en su conjunto, en Argentina el 7,8% de las personas con 65 o más años de edad viven en áreas rurales, mientras que en España y en México lo hacen el 8,9% y el 26,2%, respectivamente, de quienes tienen 60 o más años. Esta es una primera nota de las fuertes diferencias existentes en la concentración de esta población sobre el territorio rural entre Argentina y España, por un lado, y México por otro. Consecuentemente, la población adulta mayor se aglomera en áreas urbanas con 10.000 y más habitantes, siendo Argentina el país con mayor proporción de mayores en áreas urbanas (92,2%), seguido de España (75,6%) y México (62,9%), siendo las áreas de 100.000 y más habitantes donde se más adultos mayores residen en España y en México.

Atendiendo a la proporción de mayores sobre la población total, las figuras V.2, V.4 y V.6 señalan el mayor envejecimiento de las áreas rurales e intermedias. En Argentina, sólo las grandes áreas urbanas resaltan ligeramente sobre la proporción media del país, que en 2010 fue del 10,2% de personas con 65 o más años sobre el conjunto de población. En España las áreas rurales superan, y muchas veces duplican, la proporción de población con 60 o más años de edad sobre el conjunto de población, que globalmente fue en 2011 de 22,3%. También las áreas urbanas de gran tamaño sobrepasan este valor nacional, alcanzando una tasa de adultos mayores del 24,3%.

En México, en cuanto a la proporción de mayores sobre la población total, al interior de las localidades rurales se tiene una proporción ligeramente mayor de personas con 60 años y más sobre el total (10,1%), en comparación con las urbanas hasta 999.999 habitantes, que alcanza el 8,5% y en las grandes ciudades 8,9% de población de adultos mayores. Comparativamente con el caso español, la población mexicana es menos envejecida, aunque el proceso de envejecimiento en México se está dando en forma acelerada, y se espera llegar a las cifras relativas que hoy día presenta España en el año 2050 (Consejo Nacional de Población, CONAPO, 2012).

4.4.2. Características de la vivienda

Si bien los países a estudio disponen de fuentes para el análisis del elemento vivienda (tabla V.1), a nivel comparativo los indicadores se han visto reducidos considerablemente, de modo que las características relativas al tipo y tamaño de la vivienda según número de habitaciones, el régimen de tenencia, el tipo de combustible para uso doméstico, y la disponibilidad de sistema de evacuación de aguas residuales han sido retenidos como los indicadores comparables en los tres países. No obstante esta limitación, algunos de estos indicadores, como es el caso del régimen de tenencia, son representativos de elementos relevantes en el estudio de la vivienda entre población mayor, por cuanto la tenencia de la vivienda en propiedad confiere un mayor grado de libertad a la hora de elegir dónde envejecer, la facultad de poder afrontar adaptaciones o modificaciones y representa una fuente de seguridad económica (Mutschler, 1993). Otros indicadores que han podido ser estudiados para España y México son los relativos a disponibilidad de sistema de calefacción, acceso a internet, el número de plantas del edificio donde se ubica la vivienda, tendido telefónico y agua caliente central. La disponibilidad de garaje es un indicador que puede analizarse para Argentina y España. Y estos indicadores reflejan el nivel dotacional de las viviendas ocupadas por población adulta mayor, como reflejo de la calidad de la vivienda.

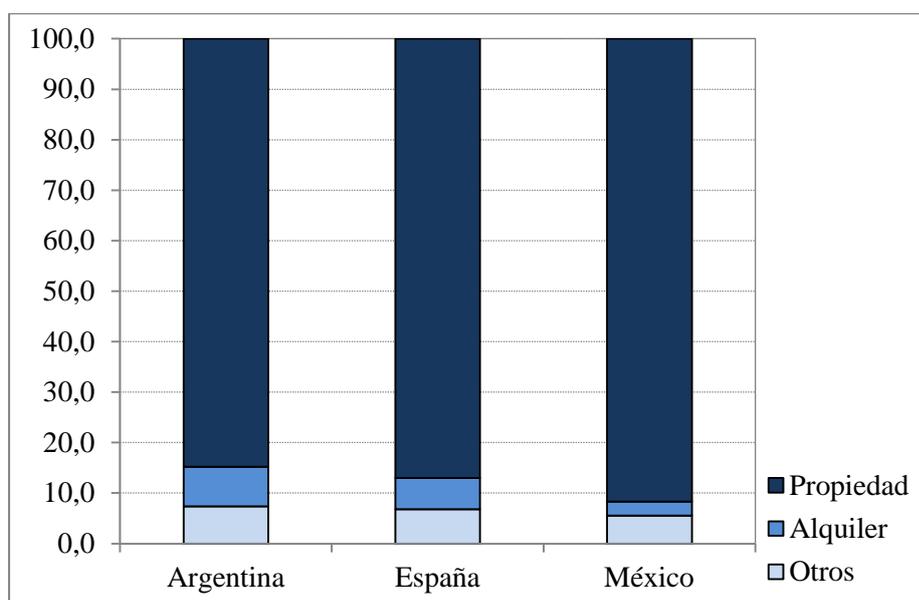
Régimen de tenencia

El régimen de tenencia de la vivienda es parámetro que permite aproximar el poder económico de sus detentadores, especialmente cuando de la propiedad de la misma se trata. La propiedad de la vivienda puede considerarse como un signo o manifestación de la expansión de la riqueza personal, y está asociada con la idea de la privatización y acumulación de bienes, representando una parte importante de la riqueza de las familias. Esto ha llevado a Higgins a afirmar que los ancianos son ricos en bienes muebles, si bien pueden ser menos ricos o pobres en renta (Higgins, 1994). Así, la propiedad de la casa supone muchas cosas para el propietario, por cuanto se constituye es un bien de seguridad económica que puede ser usado como valor de cambio, en situación de necesidad, y como complemento a la reducción del poder adquisitivo que supone el paso a la jubilación laboral. Además, este bien económico representa una fuente que poder legar a los herederos (Mutschler, 1993).

Como complemento a este significado de la vivienda, la propiedad de la misma confiere de un mayor grado de libertad a la hora de elegir dónde envejecer, reforzando el deseo de permanecer en el lugar (Mutschler, 1993), pero también el hecho de acometer reparaciones y modificaciones es una facultad de la que el propietario de vivienda tiene más libertad de acción (Fernández-Mayoralas, Rojo Pérez, & Pozo Rivera, 2002).

La mayoría de las personas de 60 o más años de edad en los países estudiados residen en viviendas de su propiedad (figura V.7). La tenencia en propiedad de la vivienda es el régimen más extendido entre la población adulta-mayor en México, computándose que viven de este modo un 91,7% de estas personas. En Argentina, el 81,6% de las personas mayores son propietarios de la vivienda y el terreno donde ésta se localiza y el 3,2% lo son de la vivienda solamente. En el caso de España, el 87,0% de este grupo etario reside en viviendas en propiedad y, de entre los propietarios, un 12,5% la detenta por herencia o donación, y un 11,0% tiene aún pagos pendientes, de modo que un 76,5% tiene la vivienda totalmente pagada. En este contexto, la mayor proporción de propietarios se observa en México donde más de 9 de cada 10 mayores es propietario de su vivienda.

Figura 4.7. Población adulta-mayor según el régimen de tenencia de la vivienda (en %)



Por contraste, el alquiler es la forma de tenencia menos desarrollada en cualquiera de los países considerados, siendo del 7,8% en Argentina, el 6,1% en España y el 1,9% en México, país que, consecuentemente con la alta tasa de propiedad registrada, detenta la menor en alquiler.

En el estado actual de ejecución de esta investigación, no se ha podido realizar un cruce con variables de tipo sociodemográfico y económico, pero otros estudios han establecido que la propiedad de la casa es el reflejo de clases profesionales mientras que el alquiler lo es de trabajadores manuales sin profesión, los propietarios reflejan mayores niveles de salud que los alquilados, se observa un mayor uso de servicios entre los alquilados, los propietarios tienen mayor nivel de renta y mayores niveles de dotaciones en su vivienda (Evandrou & Victor, 1989).

Tipo y tamaño de la vivienda

Generalmente, y para los países estudiados, la población adulta mayor reside en vivienda familiar, independientemente de la nomenclatura que recibe en cada país (tabla 2), y muy poca población lo hace en alojamiento colectivo (institucionalización). En este último caso, residen de este modo alrededor del 2% de la población con 60 o más años en Argentina y en España. Residir en vivienda familiar es la forma ideal de residencia de los mayores, y sólo bajo circunstancias especiales (como discapacidad y dependencia o falta de autonomía, quedarse solo/a) accederían a un alojamiento colectivo (Rojo-Pérez & Fernández-Mayoralas Fernández, 2007). En el caso de México se conoce que 6 342 viviendas son colectivas (0.03% del total de viviendas en México), de las cuales 706 están clasificadas como “Casa hogar para adultos mayores, asilo de ancianos”, de modo que México concentra un 0,8% de población adulta-mayor residiendo en este tipo de alojamientos.

Tabla 4.2. Población adulta mayor según el tipo de vivienda de residencia (en %)

Argentina

Casa	Departamento (piso)	Pieza de inquilinato	Pieza en hotel / pensión	Local no construido para habitación	Otro	N
71,1	28,5	0,3	0,0	0,0	0,1	2.924.519

España

Viviendas familiares convencionales	Alojamientos	Viviendas colectivas	N
98,0	0,0	2,0	8.809.149

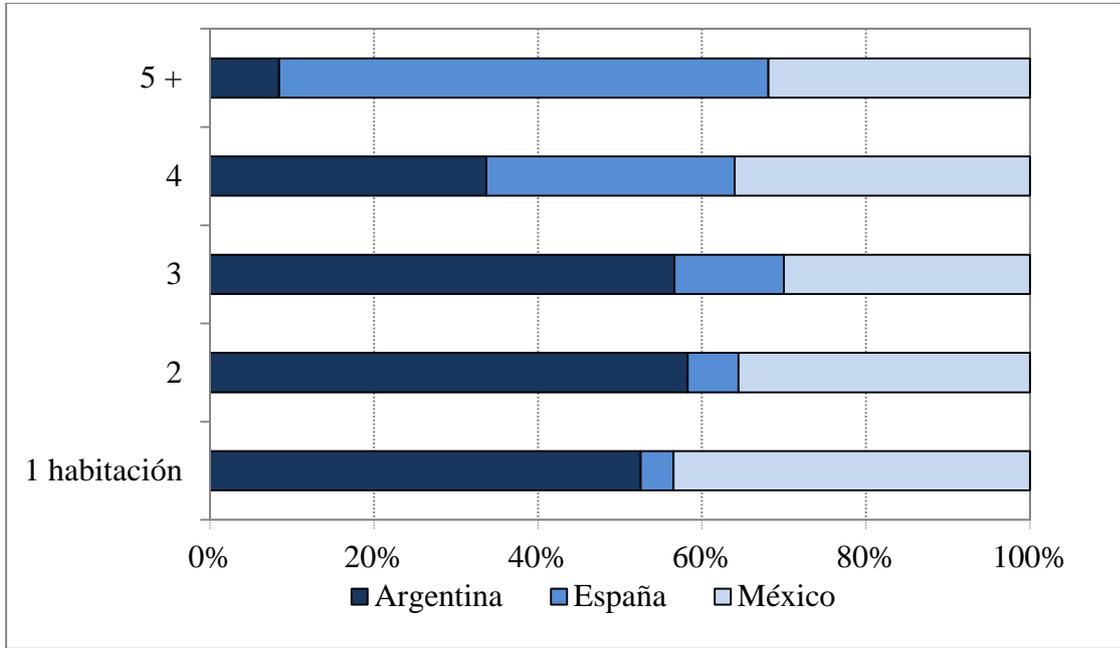
México

Casa independiente	Departamento (piso) en edificio	Vivienda en vecindad	Vivienda en cuarto de azotea	Local no construido para habitación	Vivienda móvil / refugio / otras	N
94,3	3,9	1,1	0,0	0,0	0,7	10.020.330

Casi 3 de cada 10 adultos-mayores en Argentina residen bajo la tipología de “departamento” (o piso) y 9 de cada 10 en México habitan viviendas independientes frente a una mínima parte que ocupa viviendas edificios.

En cuanto al tamaño de la vivienda medido en número de habitaciones (figura 8), se observa que el 31,2%, el 87,6% y el 59,5% de los adultos mayores residen en Argentina, España y México, respectivamente, en viviendas que tienen 4 o más habitaciones (Figura 6). Esto indica que los mayores en España seguido de México residen en viviendas amplias, observándose, de este modo, la paradoja de que las personas mayores residen en hogares pequeños pero en viviendas grandes (Verónica. Montes de Oca, Garay, Rico, & García, 2014; Victor, 1987). En España, un 19% de mayores residen solos por algo menos de 3% que habitan en viviendas con 2 o menos habitaciones. Pero esta relación está más equilibrada en Argentina y en México, donde un 28,3% y un 9,6%, respectivamente, residen en hogares con 1 miembro siendo así que un 28% y un 19% ocupan viviendas de 1 ó 2 habitaciones.

Figura 4.8. Población adulta-mayor según tamaño de la vivienda (número de habitaciones) (%)



Sin embargo, y para cada país, esta relación entre tamaño de la vivienda y del hogar habría de ser hecha mediante otras técnicas que permitieran determinar el sentido y fuerza de la misma. En suma, en el estado actual de estudio, no se ha podido aún establecer un análisis asociativo entre el tamaño de la vivienda (bien en superficie, bien en número de habitaciones) y el número de miembros del hogar. No obstante ello, en otros análisis se ha determinado que el hacinamiento (entendiendo como tal la relación de más de 1,5 personas por habitación, ó 2,0 en el caso de matrimonio o pareja) no es un problema entre la población mayor (Evandrou & Victor, 1989; Rojo-Pérez et al., 2002). En México se ha estimado que el 20,7% de la población con 60 años y más vive en hacinamiento medio (cuando existen 2,5 a 4,9 personas por dormitorio) y 6% en hacinamiento crítico (5 o más personas por dormitorio) (V. Montes de Oca, Garay Villegas, & Hebrero Martínez, forthcoming).

La calidad de las viviendas en relación con las dotaciones o equipamiento

Otro parámetro de calidad de la vivienda lo constituyen los servicios o dotaciones presentes en la misma, porque si bien una de las necesidades básicas del ser humano es la del alojamiento, la adecuación de éste a las necesidades de sus moradores afecta directamente a la calidad de vida (Pynoos, Cohen, Davis, & Bernhardt, 1987).

Aunque con posibles matizaciones en la terminología usada en cada país, por dotaciones se entiende aquellos equipamientos que facilitan la vida en la vivienda. Como tales se pueden enumerar la disponibilidad de electricidad u otro tipo de dotación energética o de combustible, instalación de agua y de agua caliente, cocina en habitáculo separado, cuarto de baño con bañera y/o ducha, retrete en la propia vivienda, sistemas de calentamiento y enfriamiento de la vivienda, teléfono, y otros enseres que ayudan al confort en la vivienda.

El estudio comparativo del equipamiento de la vivienda en los países de estudio se ha visto restringido por cuanto la disponibilidad de información en cada uno de ellos, si bien unitariamente abundante, no ha permitido una comparación estricta. Por este motivo, se analiza seguidamente la situación para cada país.

En este contexto (véase tabla V.3), en Argentina el 97,9% de la población adulta-mayor reside en viviendas que tienen fuente de agua a través de cañería dentro de la vivienda, proviniendo en el 90,8% de los casos de la red pública y en el resto por perforación con bomba y otras fuentes.). La dotación de baño/letrina está generalizada por cuanto el 99,9% de los mayores residen en vivienda con esta dotación, estando ésta, en la mayoría de los casos, dentro de la vivienda y de uso exclusivo para el hogar. El desagüe del baño es en 7 de cada 10 casos a red pública y en el resto de las viviendas a cámara séptica o a poco ciego. También en una alta proporción de casos, la vivienda cuenta con cuarto de cocina, aunque el 52,3% tiene lavadero, y casi un tercio no tiene dotación de garaje. El combustible para cocinar es gas de red (79,7%) y gas de tubo/garrafa (19,6%). La ubicación de la vivienda se computa en una alta proporción de casos alejada de zonas inundables (88,5%) y de basurales (92,9%).

Tabla 4.3. Población adulta-mayor según la tenencia de dotaciones en la vivienda (en % sobre total población con 60 o más años)

Tiene la dotación	Argentina	España	México
Calefacción	s. d.	55,6	6,6 / 93,3 (1)
Acceso a internet	s. d.	35,9	8,0
Agua corriente (red pública o entubada)	97,9	99,8	91,1
Ascensor	s. d.	39,2	8,3
Garaje	31,0	29,7	s. d.
Gas por tubería	79,7	49,9	56,8 (2)
Tendido telefónico	s. d.	95,9	35,1
Agua caliente	s. d.	33,1	33,3
Evacuación aguas residuales	73,2 (3)	97,6	89,5
Tiene baño o letrina	99,9	s. d.	95,4

s. d.: sin datos.

(1) Sin datos. Los valores mostrados indican "sin calefacción pero con aparatos que permiten calentar alguna habitación / sin calefacción y sin aparatos para calentar.

(2) Por tubería y de tanque.

(3) Desagüe de baño a red pública.

En cuanto a España, la tipología de dotaciones viene determinada por la presencia en el Censo de Población y Viviendas de 2011 de información de la vivienda (tenencia de calefacción y tipo, acceso a internet y sistema de suministro de agua) y del edificio (tipo de edificio, accesibilidad, ascensor, garaje, gas, tendido telefónico, agua caliente central y evacuación de aguas residuales). En este contexto, más de la mitad de las personas con 60 o más años de edad residen en viviendas con instalación de calefacción, de las que en el 78,5% de los casos se trata de calefacción individual y en el resto es calefacción colectiva o central. Es relevante retener el hecho de que todavía un 44,4% de los mayores reside en viviendas sin instalación de calefacción y, de éstos, un tercio no tiene tampoco ningún aparato que permita elevar la temperatura de la casa, siendo así que se trata de una dotación básica para cualquier grupo etario y especialmente para el de los mayores, más vulnerables a las consecuencias del medioambiente físico (Rojo-Pérez et al., 2002). El 35,9% de los mayores reside en viviendas que tienen contratado el acceso a internet, siendo así que a medida que aumenta la edad hasta los 84 años disminuye esta proporción, pero vuelve a repuntar desde este tramo etario, quizás como consecuencia de la residencia del mayor en una vivienda de otro familiar más joven (hijos/as) y con este tipo de dotación. El sistema de suministro de agua corriente en la vivienda es por medio de abastecimiento público (94,5%).

Otro elemento relevante en cuanto a las dotaciones en el entorno residencial próximo, entendiendo como tal tanto la vivienda como el edificio o finca donde se ésta se ubica, es el equipamiento en el edificio. Más de 9 de cada 10 mayores residen en España en edificios en buen estado. Alrededor de 4 de cada 10 personas con 60 o más años de edad reside en viviendas localizadas en edificios sin ascensor, siendo así que un 62% de los mayores habitan en viviendas en edificios con más de 3 plantas de altura. En relación con otros elementos dotacionales destaca que un 29,6% de los mayores de 60 años declara la tenencia de la dotación de garaje, el 49,9% tiene gas, el tendido telefónico y la evacuación de aguas residuales son dotaciones muy extendidas (la primera atañe al 95,9% y la segunda al 97,6%). Por su parte, la disponibilidad de agua caliente central sólo afecta al 33,1% de los mayores.

En México el tipo de vivienda más ampliamente extendido entre los mayores es la casa independiente o vivienda que no forma bloque comunitario (93,8%). En el 70,1% de los casos, las viviendas se localizan edificios de una sola planta o piso y sólo el 1,0% en viviendas en edificios con 3 o más plantas, y en relación con ello el 8,3% de los mayores declara tener la dotación de ascensor. El sistema de suministro de agua es público o entubada dentro de la propia vivienda (91,1%), un tercio de los mayores disponen de agua caliente central en la vivienda y el 89,5% residen en viviendas con disponibilidad de drenaje de aguas residuales. En el 56,8% de los casos el tipo de combustible es el gas (de tanque o entubado) y la madera lo es en el 42,5% de los casos. Algo más de un tercio de las personas adultas-mayores tiene instalación de teléfono en la vivienda, siendo, pues, considerable el número de personas de esta edad que aún no dispone de esta dotación. Otro elemento dotacional relevante en la sociedad actual es el acceso a internet, y, en consonancia con la dotación anterior, el 21,8% de los mayores en México reside en viviendas con este equipamiento.

En suma, por el método de abordaje y en el estado actual de desarrollo de esta investigación, es preciso resaltar que la vivienda para la población mayor va más allá de los aspectos físicos del hecho de alojarse, y habría de incluir la salud, los equipamientos y dotaciones, y otros servicios asociados con el alojamiento (Pastalan, 1990). Por ello, desarrollos futuros habrán de considerar la interrelación de estos aspectos para superar la visión unitaria hasta ahora ofrecida y afrontar un estudio comparativo sensu estricto.

4.5. Consideraciones finales

Este capítulo, al igual que muchos estudios sobre entorno residencial, se afronta sobre las características de las viviendas, reflejadas, básicamente, en los aspectos objetivos o más directamente medibles y observables (régimen de tenencia, condiciones de la vivienda según las dotaciones o servicios de la misma relativos al tamaño, presencia o no de dotaciones, antigüedad, etc.). Estos indicadores dan una idea del confort de los alojamientos desde una aproximación muy descriptiva, pero, en ningún caso, definen lo que se entiende por confort y se utilizan por la conveniencia de su disponibilidad en los tres países estudiados.

Así, en el estado actual de desarrollo de la investigación, la propuesta de comparabilidad se ha visto limitada porque, aunque cada vez se dedican más esfuerzos a la normalización instrumental, cada contexto nacional suele poner el énfasis en unos u otros aspectos destacados para sus políticas. Por otro lado, hubiera sido deseable y más esclarecedor realizar un estudio en profundidad a partir de las relaciones entre los distintos indicadores y entre las dimensiones estudiadas, por cuanto estas relaciones se establecen más allá de los propios aspectos descriptivos y, además, ayudan a determinar cuáles son los factores explicativos que facilitan o limitan el desenvolvimiento de la vida diaria de sus residentes. Sin embargo, el tipo de extracción de datos mediante tablas elaboradas en vez de microdatos ha impedido el cruce de variables para superar el análisis descriptivo.

Otro elemento no considerado en esta fase de estudio ha sido la visión de los propios mayores sobre las condiciones de vida en relación con el entorno residencial, o dicho de otro modo, cómo los mayores perciben o valoran los elementos de su entorno residencial, lo que se conoce como el estudio de satisfacción residencial bajo el paradigma de la calidad de vida en la vejez (Rojo-Pérez et al., 2002). En las investigaciones sobre calidad de vida se han adoptado distintos enfoques, a saber: objetivo, subjetivo, o sustantivo que incluye tanto los

primeros como los segundos (Aguiar, Pérez Yruela, & Serrano, 1995). La mayoría de los autores aboga por afrontar una perspectiva dual (Rojo-Pérez & Fernández-Mayoralas, 2011b), para evitar concluir que condiciones bajas de vida sean determinantes de una mala calidad de vida, sin considerar otros posibles aspectos positivos que puedan compensar el impacto negativo de alguno de ellos.

El análisis comparado para los diferentes contextos nacionales, como son los aquí estudiados (Argentina, México y España), requiere de una puesta en común de las fuentes donde acudir a valorar los elementos del entorno residencial. Como tales se considera el estudio de la vivienda, el barrio o localidad donde ésta se ubica y los vecinos, como elemento humano que ocupa el mismo entorno residencial (Rojo-Pérez, Fernández-Mayoralas, & Pozo-Rivera, 2000). No obstante ello, y para este capítulo sólo se ha podido analizar la vivienda, por carecer de datos comparables para los otros elementos.

En suma, y para afrontar una comparativa entre los países de estudio, tanto desde una perspectiva temática como temporal, son necesarias encuestas específicas, en las que se demande información objetiva pero también autorreportada sobre aspectos generales y sobre posibles factores determinantes de tipo personal, social, ambiental, estilo de vida, recursos y acceso a servicios. Sólo resultados obtenidos al amparo de una metodología de este tipo podrían convertirse en instrumentos para la planificación y adopción de políticas sociales para que la población mayor envejezca en su entorno habitual de residencia, que es su modo ideal de envejecer.

4.6. Bibliografía

- Aguiar, F., Pérez Yruela, M., & Serrano, R. (1995). Indicadores Sociales de Calidad de Vida y Tercera Edad, *Documento de Trabajo* (pp. 29). Madrid: I.E.S.A., C.S.I.C.
- Avramov, D., & Maskova, M. (2003). *Active ageing in Europe*. Strasbourg: Council of Europe. URL: http://www.coe.int/t/e/social_cohesion/population/D%E9mographie%20n%B041%2016x24%20En.pdf y <http://www.avramov.eu/documents/demoen.pdf>
- Consejo Nacional de Población. CONAPO. (2012). *Proyecciones de la Población 2010-2050*. México,: CONAPO. URL: <http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Proyecciones>
- Cuenya, B., Fidel, C., & Herzer, H. (Eds.). (2004). *Fragmentos sociales. Problemas urbanos en la Argentina*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Evandrou, M., & Victor, C. R. (1989). Differentiation in later life: Social class and housing tenure cleavages. In B. Bytheway, T. Keil, P. Allatt & A. Bryman (Eds.), *Becoming and being old. Sociological approaches to later life* (pp. 104-120). London: Sage.
- Fernández-Ballesteros, R., Robine, J.-M., Walker, A., & Kalache, A. (2013). Active Aging: A Global Goal. *Current Gerontology and Geriatrics Research*(article 298012), 1-4.
- Fernández-Mayoralas, G. (2011). La salud y el funcionamiento como dimensión de la calidad de vida. In F. Rojo-Pérez & G. Fernández-Mayoralas (Eds.), *Calidad de Vida y Envejecimiento. La visión de los mayores sobre sus condiciones de vida* (pp. 113-167). Bilbao: Fundación BBVA.
- Fernández-Mayoralas, G., Rojo-Pérez, F., Frades-Payo, B., Martínez-Martín, P., & Forjaz, M. J. (2011). La calidad de vida de los mayores nominada y evaluada por ellos mismos a partir del instrumento SEIQoL-DW. In F. Rojo-Pérez & G. Fernández-Mayoralas (Eds.), *Calidad de Vida y Envejecimiento. La visión de los mayores sobre sus condiciones de vida* (pp. 83-112). Bilbao: Fundación BBVA.

- Fernández-Mayoralas, G., Rojo Pérez, F., & Pozo Rivera, E. (2002). El entorno residencial de los mayores en Madrid. *Revista Estudios Geográficos, LXIII*(248-249), 619-653.
- Fernández-Mayoralas, G., Rojo Pérez, F., & Rojo Abuín, J. M. (2004). Components of the residential environment and sociodemographic characteristics of the elderly. *Journal of Housing for the Elderly, 18*(1), 25-49.
- Fernández Wagner, R. (2008). *Democracia y ciudad. Procesos y políticas urbanas en las ciudades argentinas (1983-2008)*. Buenos Aires: Biblioteca Nacional (Argentina); Universidad Nacional de General Sarmiento.
- Flores Villavicencio, M. E., Cervantes Cardona, G. A., Avila, M. C., & Cerquera Córdoba, A. M. (2011). Concepto de la calidad de vida en relación con el adulto mayor. In M. E. Flores Villavicencio, M. G. Vega López & G. J. González Pérez (Eds.), *Condiciones sociales y calidad de vida en el adulto mayor. Experiencias de México, Chile y Colombia* (pp. 87-98). Guadalajara: Universidad de Guadalajara.
- Gutiérrez, J. P., Rivera-Dommarco, J., Shamah-Levy, T., Villalpando-Hernández, S., Franco, A., Cuevas-Nasu, L., et al. (2012). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales*. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública (INSP).
- Higgins, D. (1994). Home equity as an income source for older adults. In E. W. Folts & D. E. Yeatts (Eds.), *Housing and the aging population: options for the new century* (pp. 311-337). New York: Garland Publishing, Garland Reference Library of Social Sciences, Vol. 803, Issues in Aging, Vol. 2.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. INEGI. (2010). *Censo de Población y Vivienda 2010*. URL: <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/ccpv/cpv2010/Default.aspx>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. INEGI. (2012). *Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento en México 2012 (ENASEM 2012)*: INEGI. URL: http://www.enasem.org/DataDocumentationNew_Esp.aspx
- Instituto Nacional de Estadística. INE. *Censo de Población y Viviendas, 2011*. URL: http://www.ine.es/inebmenu/mnu_cifraspob.htm#1
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. INDEC. *Encuesta Permanente de Hogares 2013 (EPH)*.
- Lentini, M. (2008). Transformaciones de la cuestión social habitacional: principales enfoques y perspectivas. El caso de Argentina en el contexto latinoamericano. *Economía, Sociedad y territorio. Colegio Mexiquense, México. Vol. VIII, N° 27., VIII*(27), 661-692.
- Montes de Oca, V., Garay, S., Rico, B., & García, S. J. (2014). Living Arrangements and Aging in Mexico: Changes in Households, Poverty and Regions, 1992-2009. *International Journal of Social Science Studies, 2*(3), 61-74.
- Montes de Oca, V., Garay Villegas, S., & Hebrero Martínez, M. (forthcoming). Entornos, viviendas y hogares frente al envejecimiento en América Latina y el Caribe.
- Mutschler, P. H. (1993). Where elders live. In J. J. J. Callahan (Ed.), *Aging in place* (pp. 5-18). Amityville, New York: Baywood Publishing Company.
- Organización Panamericana de la Salud. OPS. (2006). *Vivienda saludable: reto del milenio en los asentamientos precarios de América Latina y el Caribe. Guía para las autoridades nacionales y locales, CEPAL/OPS/OMS/UN-Habitat*. Caracas: Organización Panamericana de la Salud (OPS); Organización Mundial de la Salud (OMS). URL: <http://www.cepis.org.pe/bvsacd/cd27/guiaprincipios.pdf>
- Pastalan, L. A. (1990). *Optimizing housing for the elderly: homes not houses*. New York: The Haworth Press. URL: <http://www.haworthpress.com/store/TOC.asp?sku=J081>

- Puga González, D., & Abellán García, A. (2006). Las escalas territoriales del envejecimiento. *SEMATA, Ciencias Sociales e Humanidades*, 8, 121-141.
- Pynoos, J., Cohen, E., Davis, L., & Bernhardt, S. (1987). Home modifications improvements that extend independence. In V. Regnier & J. Pynoos (Eds.), *Housing the aged: design objectives and policy considerations* (pp. 277-303). New York: Elsevier.
- Ramiro Fariñas, D., Abellán García, A., Durán Heras, M. A., Fernández-Mayoralas, G., Pérez Diaz, J., Rodríguez Rodríguez, V., et al. (2012). *Una vejez activa en España*. Madrid: EDIMSA.
- Rojo-Pérez, F., & Fernández-Mayoralas Fernández, G. (2007). El entorno residencial. In A. Abellán García, E. del Barrio Truchado, P. Castejón Villarejo, C. Esparza Catalán, G. Fernández-Mayoralas Fernández, G. Pérez Ortiz, M. D. Puga González, F. Rojo Pérez & M. Sancho Castiello (Eds.), *A propósito de las condiciones de vida de las personas mayores. Encuesta 2006* (pp. 41-63). Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), Colección Estudios, Serie Documentos Estadísticos, nº 22009.
- Rojo-Pérez, F., & Fernández-Mayoralas, G. (2011a). Los determinantes subjetivos en la calidad de vida en la vejez y factores explicativos. In F. Rojo-Pérez & G. Fernández-Mayoralas (Eds.), *Calidad de Vida y Envejecimiento. La visión de los mayores sobre sus condiciones de vida* (pp. 339-360). Bilbao: Fundación BBVA.
- Rojo-Pérez, F., & Fernández-Mayoralas, G. (Eds.). (2011b). *Calidad de Vida y Envejecimiento. La visión de los mayores sobre sus condiciones de vida*. Bilbao: Fundación BBVA.
- Rojo-Pérez, F., Fernández-Mayoralas, G., & Pozo-Rivera, E. (2000). Envejecer en casa: los predictores de la satisfacción con la casa, el barrio y el vecindario como componentes de la calidad de vida de los mayores en Madrid. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 10(4), 222-233.
- Rojo-Pérez, F., Fernández-Mayoralas, G., Pozo-Rivera, E., & Rojo-Abuín, J. M. (2002). *Envejecer en casa: la satisfacción residencial de los mayores en Madrid como indicador de su Calidad de Vida*. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas, Col. Monografías, nº 23.
- Rojo-Pérez, F., Fernández-Mayoralas, G., Rodríguez-Rodríguez, V., Prieto-Flores, M. E., & Rojo-Abuín, J. M. (2007). Entorno residencial de los mayores en España. Hacia una clasificación municipal. *Boletín de la Asociación de Geógrafos Españoles*, (43), 51-72. URL: http://age.ieg.csic.es/boletin/43/03_ROJO.pdf
- Victor, C. R. (1987). *Old age in modern society: a textbook of social gerontology*. London: Croom Helm.
- World Health Organization. (2002). *Active Ageing. A Policy Framework*. Geneva: World Health Organization, Department of Health Promotion, Noncommunicable Disease Prevention and Surveillance. URL: http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/who_nmh_nph_02.8.pdf Accessed: 22-07-2013
- Yujnovsky, O. (1984). *Claves Políticas Del Problema Habitacional Argentino, 1955-1981*: Grupo Editor Latinoamericano.

5. ARREGLOS FAMILIARES DE LA POBLACIÓN CON 60 AÑOS O MÁS

Autoría:

Sagrario Garay Villegas
Vicente Rodríguez Rodríguez
Verónica Montes de Oca
María Julieta Oddone
Lilia B. Chernobilsky

5.1. Introducción

Los estudios sobre el impacto del envejecimiento en las familias tienen cada día nuevas líneas de interés a nivel mundial, sobre todo para observar lo que sucede en países con etapas intermedias de envejecimiento, como sucede en los latinoamericanos (Harper, 2007 y 2013). En la demografía de la familia y el envejecimiento a nivel mundial, resulta sumamente importante identificar los cambios más importantes conforme cambia la estructura por edad y sexo de las poblaciones (Blieszner y Hilkevitch, 1994).

Los cambios en las familias y hogares en los países con una transición demográfica más avanzada son un referente obligado para los países en proceso de envejecimiento. Múltiples estudios han avanzado al observar estos cambios demográficamente pero también en aspectos que relacionan la familia con la segunda etapa de la vida, la transición a la vida adulta, las nuevas relaciones intergeneracionales, la nupcialidad en etapas adultas del curso de vida, así como la relación que se establece entre los hermanos frente al cuidado de los padres, la enfermedad y la escasa descendencia dispuesta o en condiciones de cuidar (Blieszner y Hilkevitch, 1994; Ryff y Mailick, 1994; Hilkevitch, 1994; Sutor, et al., 1994 Oddone y Aguirre, 2007). La gran diversidad de enfoques y temáticas posibles de atender en países emergentes muestra que la prolongación del curso de vida por la longevidad propicia cambios en las transiciones en el curso de la vida, la nueva nupcialidad y los cambios intergeneracionales derivados del cambio en las familias de extensión horizontal a extensión vertical (beanpole family) (Kinsella, 1994; Harper, 2007). La experiencia en la investigación sociodemográfica en las familias a través de la categoría de hogares revela que los países en desarrollo tienen una reserva demográfica que está en transformación y que requiere ser observada y analizada (Garay, Redondo y Montes de Oca, 2012).

El conocimiento de las estructuras familiares y de hogares es de enorme importancia para comprender las dinámicas demográfica y social en las que se ven inmersos las mujeres y hombres adultos mayores. Además, es esencial para entender también las condiciones en las que se deben basar las políticas públicas orientadas a estas personas. En ese sentido, el objetivo fundamental de este estudio es establecer las diferencias entre tres países (España, México y Argentina) partiendo de la hipótesis del entorno social y cultural como condicionante esencial en la conformación de las estructuras familiares y de hogares.

5.2. Hogares y envejecimiento en América Latina y España

La residencia de las personas adultas mayores con parientes se torna relevante, porque esto suele ser un espacio de operación para las transferencias familiares tanto económicas como no económicas (Huenchuan y Guzmán, 2007). Diversas investigaciones han indicado que la cohabitación es uno de los mecanismos más aproximados a la solidaridad intergeneracional, porque permite reducir los costos de la vivienda, compartir los gastos en alimentación y facilita el apoyo entre los integrantes del hogar (De Vos, Solís y Montes de Oca, 2004; Hakkert y Guzmán, 2004; Montes de Oca, 2004). Sin embargo, existen argumentos que se contraponen a esta idea, mencionando que la coresidencia no necesariamente implica que los recursos se socialicen entre todos los miembros. Predomina, en este caso, la postura en torno a que compartir un espacio físico se asocia fuertemente con la repartición de recursos al interior del mismo y con la generación de tensiones ligadas a situaciones diferenciales de poder (De Vos y Holden, 1988 citado en Hakkert y Guzmán, 2004, Oddone, 2014).

A principios del año 2000, en América Latina y el Caribe, en uno de cada cuatro hogares residía una persona adulta mayor; observándose algunas diferencias según la localidad de residencia. Por ejemplo, es más común encontrar hogares con al menos una persona adulta mayor en las localidades rurales en comparación con las urbanas (CEPAL, 2009).

En la mayoría de los países de América Latina también se ha observado que la coresidencia de las personas mayores con sus familiares está asociada con las condiciones socioeconómicas de la población adulta mayor. Aunque también se ha indicado que esta tendencia puede ocurrir por los patrones culturales de cada país, pues cuando se controla el efecto de las variables socioeconómicas dicha coresidencia se mantiene (Guzmán, 2002). Asimismo se ha indicado que la proporción de personas adultas mayores que vivían solas en el año 2000, no era mayor al 17%. Sin embargo, las tendencias indican un crecimiento importante en los últimos años de este tipo de arreglo familiar (CEPAL, 2009). Cabe decir que al interior de la región se presentan algunas diferencias. En el 2006, por ejemplo, en Argentina el porcentaje de hogares unipersonales era mucho más alto en comparación con México (21.4% frente a 11.6%); de igual manera, la coresidencia con familiares suele ser más frecuente en países como México en contraste con los países del Cono Sur (Garay, Redondo y Montes de Oca, 2012). Por otro lado, se ha observado que los hogares latinoamericanos con población adulta mayor, un 80%, están compuestos por familiares y no familiares más jóvenes, es decir se cuenta con una alta presencia de hogares multigeneracionales, constatándose que 2 de cada 3 adultos mayores residen en este tipo de hogares (CEPAL, 2002; Huenchuán y Guzmán, 2007).

Por su parte, en España se señala que el envejecimiento poblacional ha disminuido el tamaño medio de los hogares, generándose un crecimiento importante de los hogares unipersonales y bipersonales. A pesar de ello, el contexto español dista de lo que se presenta en otros países europeos como Dinamarca, Alemania y Holanda, en donde más de la tercera parte de la población adulta mayor residen en hogares unipersonales (González y San Miguel, 2001). En el 2008, en España, el 11.1% de los hombres y 10% de las mujeres mayores vivían solos. El arreglo de pareja sola era de 47.2% para los hombres y 29.5% para las mujeres. En relación con el hogar multigeneracional, alrededor del 35% de las personas de 65 años y más residían en un hogar de este tipo (Abellán y Pujol, 2013).

5.3. Fuentes de datos en los países seleccionados

Para el caso español, los datos proceden del Instituto Nacional de Estadística a través de algunas de las fuentes más asentadas, como el Censo de Población y Viviendas 2011 y la Encuesta de Presupuestos Familiares 2013. Esta última obtiene información no sólo de la estructura del hogar, sino sobre todo de los componentes económicos del mismo, ofreciendo también dicha encuesta estimaciones del gasto de consumo anual para el total nacional así como para las comunidades autónomas (INE, 2014). Los datos para este capítulo se han obtenido del Censo de Población de 2011, que ha encuestado al 12% de la población española a partir del Padrón Continuo de Población, para obtener información sociodemográfica extrapolable al conjunto de la población española.

En el caso de México, las fuentes secundarias más adecuadas son las producidas por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía. En particular se utilizará el Censo de Población y Vivienda 2010 y la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2009 (ENADID). La ENADID es una encuesta con perspectiva transversal representativa a nivel nacional, urbano-rural, estatal y regional. Dentro de los objetivos principales de esta encuesta se encuentra generar información sobre la estructura por edad y sexo de la población, así como relacionar el comportamiento de las variables demográficas con las características socioeconómicas de la población; lo cual permite realizar análisis sobre los hogares y sus características socioeconómicas (INEGI, 2009).

En Argentina, la información que se utiliza proviene tanto del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010 como de la Encuesta Permanente de Hogares 2013 (EPH). Esta última es una encuesta con cobertura nacional que abarca la totalidad de aglomerados urbanos. La información captada por la EPH abarca una serie de características demográficas y socioeconómicas vinculadas a la fuerza de trabajo. Su objetivo principal se orienta a la caracterización de la situación social de las personas y los hogares, aunque los datos más difundidos son los relacionados con el mercado laboral (INDEC, 2014).

5.4. Variables incluidas en el análisis

Dadas las limitaciones existentes para la comparabilidad entre las diversas fuentes de datos de los países seleccionados y una vez realizada una exploración detallada de diversas encuestas, se optó por elegir aquellas variables con rasgos similares o que de alguna manera permitieran la agrupación en categorías comparables:

- Características sociodemográficas de las personas adultas mayores. Las variables consideradas son: sexo, grupos quinquenales de edad, estado civil, escolaridad, jefatura del hogar y participación en el mercado de trabajo.
- Número de miembros del hogar. Esta variable se obtuvo para el total de hogares y para los hogares con población adulta mayor (60 años o más).
- Número de adultos mayores por hogar.
- Tipo de hogar. La definición de esta variable presentó una de los mayores retos para la comparabilidad, dado que en cada país se tienen configuraciones distintas en los

arreglos familiares. Se consiguió de esta manera establecer las siguientes categorías en la medida de lo posible ‘homogéneas’:

Tipo de hogar	Características generales
Hogar unipersonal	Jefe (a) solo (a)
Hogar nuclear	Incluye la pareja sola, pareja con hijos (as) solteros (as) y el jefe (a) con hijos (as) solteros (as).
Hogar extenso o compuesto	Está integrado por parejas sin hijos (as) y otros parientes; parejas con hijos (as) y otros parientes; jefe (a) y otros parientes; jefe (a) con hijos (as) y otros parientes; pareja sin hijos (as) y otros no parientes; pareja con hijos (as) y otros no parientes Jefe (a) con hijos (as) y otros no parientes; jefe (a) con otros parientes y no parientes.
Hogar no familiar	Jefe (a) y otros no parientes (incluye a los empleados domésticos).

5.5. Características sociodemográficas de la población adulta mayor

Con la finalidad de tener una panorámica de las personas adultas mayores en los tres países seleccionados, se eligieron algunas variables sobre sus características sociodemográficas. Al respecto se observa que la proporción de mujeres es similar en los tres países, siendo ligeramente más alta en Argentina. La distinción por grupo de edad permite observar que España es quien tiene población más envejecida, pues cuenta con un alto porcentaje de personas con 80 años o más (23.2%), le sigue Argentina con 18.7% y México con 14%. En relación con la situación conyugal de las personas mayores, un alto porcentaje de éstas se encuentran casadas o unidas, así como viudas (tabla 1). No hay mucha diferencia entre estos tres países en las categorías de estado civil más importantes para este grupo de edad como son los casados y los viudos. No obstante, cabe resaltar el porcentaje de separados y divorciados entre España y Argentina (2.7% y 8.6%, respectivamente) donde México se encuentra más cercano a Argentina. Otro dato interesante es el porcentaje de solteros en donde España y Argentina (7.6% y 8.2%) son más similares que México (5.9%) (tabla 1).

La escolaridad es tal vez el aspecto que más difiere entre los tres países. En España y México se tienen altas proporciones de personas mayores sin estudios, caso contrario se presenta en Argentina que ha reducido este rezago histórico. En los niveles de educación básica, Argentina presenta los mayores porcentajes. En los estudios superiores o más, tanto la población adulta mayor española como la argentina tienen una proporción considerable de personas con ese nivel de escolaridad (tabla 1).

La jefatura del hogar es otra característica que presenta algunas diferencias entre los países analizados, lo cual probablemente tiene que ver con la forma en que se capta esta variable en cada encuesta. En México y Argentina la mayoría de las personas adultas mayores son jefes (as) de hogar, lo cual puede ser por un mero reconocimiento familiar que no tiene que ver con ser el principal sustentador de recursos para el hogar como puede estar ocurriendo en España

(tabla 1). No obstante, la diferencia de porcentaje entre México y Argentina es muy alto (83% y 65%, respectivamente), lo cual puede indicar que esta jefatura está ligada a la propiedad de la vivienda en ambos países más que al rol de proveedor económico.

Algunos datos estimados para América Latina y el Caribe revelan que una alta proporción de los adultos mayores se encuentran en el mercado de trabajo (Huenchuán y Guzmán, 2006). Específicamente, la proporción de adultos mayores económicamente activos es mayor al 30 por ciento, muy por encima del 15 por ciento observado en la mayoría de los países europeos (Montes de Oca y Hebrero, 2005). Esta tendencia se confirma en Argentina y México, en donde el porcentaje de población adulta mayor que está en el mercado de trabajo es de 25.1 y 31.3% respectivamente; mientras que en España esta proporción es del 10.2% (tabla 1). En el caso de México esta mayor participación en el mercado de trabajo tiene relación con la escasa cobertura previsional en materia de pensiones, lo cual obliga, a mantener actividades económicas incluso en edades muy avanzadas. (Montes de Oca, 2001; Garay y Montes de Oca, 2011).

Tabla 5.1. Características sociodemográficas de la población adulta mayor (%)

	Argentina (2013)	España (2011)	México (2009)
Sexo			
Hombres	40.7	44.1	46.3
Mujeres	59.3	55.9	53.7
Edad			
60 a 64	29.9	23.3	31.8
65 a 69	22.1	20.6	23.2
70 a 74	16.2	16.3	18.7
75 a 79	13.2	16.6	12.2
80 o más	18.7	23.2	14.0
Estado civil			
Solteros (as)	8.2	7.6	5.9
Casados (as) o unidos (as)	54.8	61.5	59.7
Separados (as) o divorciados (as)	8.6	2.7	7.0
Viudos (as)	28.3	28.2	27.5
Escolaridad*			
Sin estudios	2.3	31.9	27.2
Educación básica	82.4	49.2	59.6
Educación media superior	6.1	8.1	5.1
Educación superior o más	9.0	10.8	7.7
Jefatura del hogar**			
Es jefe (a)	65.4	58.6	83.0
No es jefe (a)	34.6	41.4	17.0
Participación en el mercado de trabajo			
Trabaja	25.1	10.2	31.3
No trabaja	74.9	89.8	68.7

Fuentes: elaboración propia con base en Censo de Población y Viviendas, 2011 (España), Censo de Población y Vivienda, 2010 (México); EPH, 2013 (Argentina)

*Debido a las variaciones en la medición de la escolaridad para cada país se agrupó en tres categorías que incluyen los siguientes niveles: Educación básica, incluye los estudios de primaria y secundaria; Educación media superior, es el nivel precedente a los estudios universitarios; Educación superior o más, considera los estudios universitarios y más.

**En España no existe la categoría de jefatura de hogar, la aproximación que se tiene ¿Es usted el sustentador principal (del hogar)?, tomado de la Encuesta de Presupuestos Familiares, 2013. Se entiende por Sustentador Principal la persona que más aporta regularmente al presupuesto del hogar y que no sea servicio doméstico, invitado o huésped

5.6. Características generales de los hogares

5.6.1. Tamaño del hogar

Cuando se observa el tamaño de los hogares entre el total de la población, se tiene que, en España, los hogares de 3 y 4 miembros representan los mayores porcentajes dentro del total. Por el contrario, en México el mayor porcentaje lo tienen los hogares con 5 o más miembros, lo cual es un indicador de que las familias mexicanas son extensas y que están en un estadio más temprano de su transición demográfica. Por su parte, en Argentina, si bien la distribución de los hogares se encuentra principalmente entre los 2 y 5 miembros, destaca el alto porcentaje de hogares con 1 sola persona (tabla 2).

Tabla 5.2. Distribución porcentual de la población total según número de miembros en el hogar

	Argentina (2013)	España (2011)	México (2009)
Hogares con 1 miembro	19.5	9.0	2.5
Hogares con 2 miembros	23.4	23.4	8.5
Hogares con 3 miembros	19.4	25.2	15.1
Hogares con 4 miembros	18.7	28.8	23.7
Hogares con 5 o más miembros	19.0	13.6	50.2
Total	100.0	100.0	100.0

Fuentes: elaboración propia con base en el Censo de Población y Viviendas, 2011 (España); Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2009 (México); Encuesta Permanente de Hogares (EPH) 2013 (Argentina)

Al distinguir el tamaño de hogar entre la población adulta mayor, se presenta un panorama distinto al del conjunto de la población. Por ejemplo, en España las personas adultas mayores residen principalmente en hogares con 2 miembros. En México, la mayor proporción de población con 60 años o más se concentra en hogares con 4 y 5 miembros. En el caso de Argentina, las mayores proporciones se ubican entre 1 y 2 miembros (tabla 3).

Tabla 5.3. Distribución porcentual de la población con 60 años o más según número de miembros en el hogar

	Argentina (2013)	España (2011)*	México (2009)
Hogares con 1 miembro	28.3	19.3	9.6
Hogares con 2 miembros	33.6	47.2	16.3
Hogares con 3 miembros	16.2	19.4	19.3
Hogares con 4 miembros	9.4	8.2	22.7
Hogares con 5 o más miembros	12.6	5.9	32.1
Total	100.1	100.0	100.0

Fuentes: elaboración propia con base en el Censo de Población y Viviendas, 2011 (España); en la ENADID, 2009 (México); EPH, 2013 (Argentina)

* Población residente en viviendas principales según el tamaño de los hogares

En relación con el número de adultos mayores por hogar en los países seleccionados, se observa que en España predominan 2 adultos mayores por hogar, probablemente parejas solas sin hijos; mientras que en México y Argentina se concentran entre 1 y 2 adultos mayores por hogar (tabla 4). En el caso de Argentina, esto coincide con la alta proporción de hogares con personas adultas mayores que residen con uno o dos miembros.

Tabla 5.4. Número de adultos mayores por hogar (%)

	Argentina (2013)	España (2012)	México (2009)
1 adulto mayor	65.6	19.3	65.4
2 adultos mayores	33.1	47.2	33.0
3 adultos mayores o más	1.4	33.5	1.5
Total	100.0	100.0	100.0

En el caso de México esta categoría incluye a tres adultos mayores o más

Fuentes: elaboración propia con base en el Censo de Población y Viviendas 2011 (España); Censo de Población y Vivienda 2010 (México); EPH 2013 (Argentina).

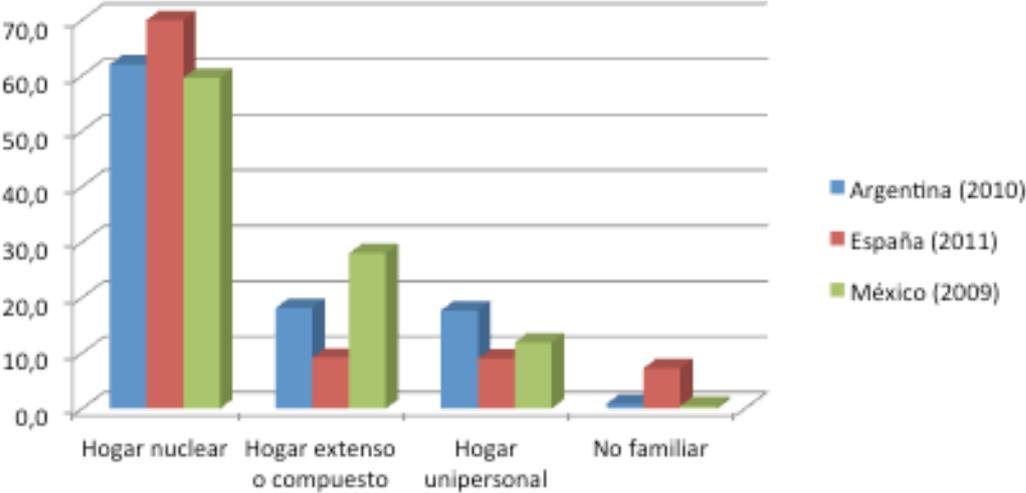
5.6.2. Tipo de hogar

Al observar la estructura del hogar para el total de la población se observa que, en los tres países, el arreglo familiar que predomina es el nuclear, siendo más alto el porcentaje en España. Le sigue en importancia el hogar extenso o compuesto, el cual tiene mayor presencia en México. Por su parte, el hogar unipersonal en Argentina representa una proporción similar al arreglo de tipo extenso y es el más alto en comparación con España y México (gráfica 1).

El arreglo familiar entre la población adulta mayor difiere un poco al de la población total. El hogar nuclear sigue siendo predominante, sobre todo en España y Argentina; en el caso de México, el hogar extenso adquiere mayor importancia que el resto de los arreglos familiares; este tipo de hogar también representa una proporción alta entre la población adulta mayor

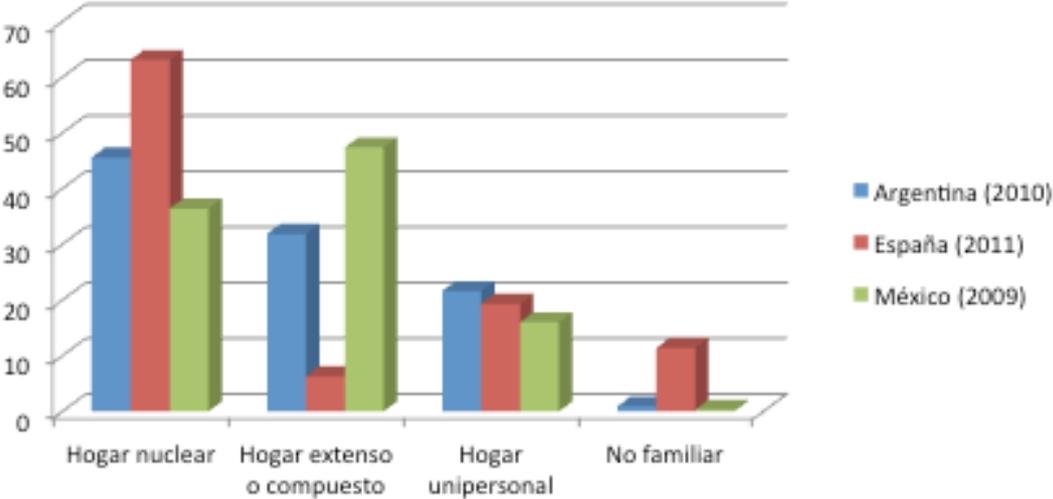
argentina. En comparación con la población total, el hogar unipersonal ha representado una mayor proporción entre la población adulta mayor, en los tres países este arreglo familiar es del cercano al 20% (gráfica 2).

Figura 5.1. Distribución porcentual de la población total por tipo de hogar



Fuente: elaboración propia con base en el Censo de Población y Viviendas 2011 (España); ENADID 2009 (México); Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010 (Argentina)

Figura 5.2. Distribución porcentual de la población adulta mayor por tipo de hogar



5.7. Conclusiones

Los resultados presentados en este documento muestran las diferencias en los arreglos familiares de los países de acuerdo a su envejecimiento demográfico y a sus contextos culturales y sociales. Ejemplo de ello es la alta presencia, entre la población adulta mayor mexicana, de hogares extensos, la cual coincide con un patrón cultural pero también con el menor avance en su transición demográfica en comparación con Argentina y España. En éstos últimos países, el arreglo familiar que predomina entre la población adulta mayor es el nuclear, el cual probablemente se asocia con la presencia de parejas solas cuya interpretación se relaciona con el mayor envejecimiento de su población y la extensión del régimen de jubilaciones y pensiones. (Laslett, 1995 citado en Redondo, Garay y Montes de Oca, s/f, Oddone, 2014.).

A su vez, destaca la importancia que tiene el hogar unipersonal el cual presenta proporciones similares en los tres países seleccionados. El análisis de este tipo de arreglo requiere de investigaciones futuras que permitan conocer las condiciones de la población adulta mayor que vive sola. Lo anterior se torna relevante dado que se ha indicado que conforme avanza la edad muchas personas pueden tener menor capacidad para realizar sus actividades cotidianas por el posible deterioro en su salud e incremento de su vulnerabilidad.

Adicional a la composición de los hogares se hace necesario profundizar en el papel que tienen las redes de apoyo informales, tanto familiares como no familiares, en las condiciones de vida de las personas mayores. En este capítulo no ha sido posible considerar a la familia más allá del hogar, pero sin duda es un punto que queda pendiente por analizar y que permitirá conocer la incidencia de este tipo de redes en los arreglos familiares de la población adulta mayor.

5.8. Bibliografía

- Abellán, A. y Pujol, R. (2013). "Un perfil de las personas mayores en España, 2013. Indicadores estadísticos básicos", *Informe Envejecimiento en Red*, núm. 1.
- Bliezner, R. y Hilkevitch, V. (1994). The family context of aging: trends and challenges. En Bliezner, R. y V. Hilkevitch (Ed.) *Aging and the family. Theory and research.*, Westport, CT: Praeger, 3-13.
- CEPAL (2002). *Los adultos mayores en América Latina y el Caribe. Datos e indicadores*. Boletín informativo. Edición especial con ocasión de la II Asamblea Mundial de Naciones Unidas sobre el Envejecimiento, Madrid 2002, CELADE-CEPAL.
- CEPAL (2009). *El envejecimiento y las personas de edad. Indicadores sociodemográficos para América Latina y el Caribe*, Naciones Unidas, Santiago de Chile.

⁴ Sólo para este caso la población adulta mayor para Argentina se refiere a las personas de 65 años o más.

- De Vos, S., P. Solís, & V. Montes de Oca, (2004) "Receipt of Assistance and Extended Family Residence among Elderly Men in Mexico," en *International Journal of Aging and Human Development*, Vol. 58, number 1, 1-27.
- Garay, S. y Montes de Oca, V. (2011), "La vejez en México: una mirada general sobre la situación socioeconómica y familiar de los hombres y mujeres adultos mayores" en *Perspectivas Sociales/ Social Perspectives*, Universidad Autónoma de Nuevo León - Universidad de Tennessee, vol. 13, núm. 1, 143- 165.
- Garay, S., Redondo, N. y Montes de Oca, V. (2012), "Cambios en los hogares con población envejecida en Argentina y México: algunas aproximaciones a las transformaciones familiares derivadas de la transición demográfica" en Nélida Redondo y Sagrario Garay (coordinadoras), *El envejecimiento en América Latina: evidencia empírica y dilemas metodológicos*, Asociación Latinoamericana de Población (ALAP) - United Nations Population Fund (UNFPA).
- González, M. J. San Miguel, B. (2001). "El envejecimiento de la población española y sus consecuencias sociales" en *Alternativas: cuadernos de trabajo social*, núm. 9.
- Guzmán, J. M. (2002). *Envejecimiento y desarrollo en América Latina y el Caribe*, Serie Población y Desarrollo 28, CELADE-CEPAL.
- Kinsella, K. (1994). Aging and the family: Present and future demographic Issues. En Bliezner, R. y V. Hilkevitch (Ed.). *Aging and the Family. Theory and Research*, Westport, CT: Praeger, 32-57.
- Hakkert R. y Guzmán, J. M. (2004). "Envejecimiento demográfico y arreglos familiares de vida en América Latina" en Ariza M, Oliveira O, coords. *Imágenes de la familia en el cambio de siglo*, Instituto de Investigaciones Sociales – Universidad Nacional Autónoma de México.
- Harper, S. (2007), The challenge for families of demographic ageing. En Harper, S. (Coord.) *Families in ageing societies. A Multi-Disciplinary Approach*, New York: Oxford University Press Inc., 6-31.
- Harper, S. (2013), Preface. The Ageing of Latin America: The capacity to adapt American. En Montes de Oca, V. (Coord). *Envejecimiento en América Latina y el Caribe. Enfoques de investigación y docencia de la Red Latinoamericana de Investigación en Envejecimiento*, México D.F., UNAM, 15-23.
- Hilkevitch, V. (1994). Sibling relationships in middle and old age. En Bliezner, R. y V. Hilkevitch (Ed.). *Aging and the Family. Theory and Research*, Westport, CT: Praeger, 201-223.
- Huenchuán, Sandra y José Miguel Guzmán (2006), *Seguridad económica y pobreza en la vejez: tensiones, expresiones y desafíos*, Reunión de Expertos sobre Población y Pobreza en América Latina y el Caribe, organizado por CEPAL/CELADE/UNFPA, 14 – 15 de noviembre.
- Huenchuán, S. y Guzmán, J. M. (2007), "Políticas hacia las familias con personas mayores: el desafío del cuidado en la edad avanzada". En Irma Arriagada (coord.), *Familias y políticas públicas en América Latina: Una historia de desencuentros*, CEPAL.
- INE (2014). Instituto Nacional de Estadística. Sitio web: <http://www.ine.es/>
- INDEC (2014). Instituto Nacional de Estadísticas y Censos Sitio web: <http://www.indec.gov.ar/>
- INEGI (2009), *Encuesta nacional de la dinámica demográfica. ENADID. Metodología y tabulados básicos*. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/metodologias/ENADID/2009/met_y_tab_enadid09.pdf
- Montes de Oca, V. "Desigualdad estructural entre la población anciana en México. Factores que han condicionado el apoyo institucional entre la población con 60 años y más en México", *Estudios Demográficos y Urbanos*, Vol. 16, Núm. 3, El Colegio de México, 2001, p. 585-613.

- Montes de Oca, V. (2004). Envejecimiento y protección familiar en México: límites y potencialidades del apoyo al interior del hogar. En Ariza, M. y Oliveira, O. (Coords.) *Imágenes de la familia en el cambio de siglo*, Instituto de Investigaciones Sociales – Universidad Nacional Autónoma de México.
- Montes de Oca, V. Y Hebrero M. (2005), “Transferencias intergeneracionales y apoyos económicos y no económicos en México y Guanajuato: aproximaciones macro y micro”, *Notas de Población*, Celade-División de Población Cepal, n° 80, año XXXII, octubre.
- Oddone, M. J. (1991), *Ancianidad, contextos regionales y redes de intercambio*. Centro de Estudios e Investigaciones Laborales, Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, Buenos Aires, n° 27.
- Oddone, M. J.; Aguirre, M. (2007), “A pendular movement between the intergenerational pact and the exhaustion of support networks in Argentina”. In: Paoletti, I. (ed.) *The Family Caregiving for Older Disabled People*. New York: Nova Science Publishers, Inc., p.35-62.
- Oddone, M. J. (2012), Envejecimiento y familia en un contexto de cambio *Revista de Ciencias Sociales*. Facultad de Ciencias Sociales. UBA, n° 81, p. 1666-7301.
- ODDONE, M. J. (2014), Ancianas cuidadoras, redes y estrategias en el uso de programas sociales. *Cadernos de Pesquisa*. Fundação Carlos Chagas., v. 44 n° 152, p. 1666-7301.
- Redondo, N., Garay. S. y Montes de Oca, V. (s/f). "Modalidades de allegamiento residencial en la población adulta mayor argentina y mexicana: determinantes socioeconómicos y diferencias regionales" (en proceso).
- Ryff, C. y Mailick, M (1994). Family relations and individual development in adulthood and aging. En Bliezner, R. y V. Hilkevitch (Ed.). *Aging and the Family. Theory and Research*, Westport, CT: Praeger, 95-114.
- Suitor, J. et al. (1994). Aged parents and aging children: Determinants of relationship quality. En Bliezner, R. y V. Hilkevitch (Ed.). *Aging and the Family. Theory and Research*, Westport, CT: Praeger, 223-243.

6. SALUD, CAPACIDAD FUNCIONAL Y SERVICIOS SANITARIOS

Autoría:

Gloria Fernández-Mayoralas Fernández
Mirna Hebrero Martínez
Liliana R. Bilevich de Gastrón
Luis Alberto Vargas Guadarrama
S. Aída Borges-Yáñez
Fermina Rojo Pérez

6.1. Introducción y objetivos

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el concepto envejecimiento activo como “el proceso de optimización de oportunidades en salud, participación y seguridad en orden a mejorar la calidad de vida de la población” (World Health Organization, 2002).

La salud, pues, sería uno de los pilares fundamentales para el envejecimiento activo, por lo que este paradigma motiva otros conceptos que muchas veces se manejan como interoperables, como es el caso del envejecimiento saludable, específico a la salud y la forma de envejecer saludablemente. Además, debido a su carácter multifacético, el envejecimiento activo depende de una amplia variedad de factores influyentes, donde los determinantes sociales de la salud y los estilos de vida saludables juegan un papel central (World Health Organization, 2002).

Asimismo, envejecer activamente se ha correlacionado con el bienestar, como medida subjetiva de la calidad de vida, de forma que muchas veces se ha considerado como efecto y otras muchas como causa o también como factor moderador. Y, en este sentido, la salud se ha mostrado como la más importante dimensión para la calidad de vida de la población mayor, junto con la red familiar, la situación económica, la red social y el ocio-tiempo libre (Fernández-Mayoralas, 2011).

Bajo estos supuestos de la salud como uno de los dominios más importantes en la calidad de vida y, por tanto, en el hecho de envejecer activamente, el objetivo fundamental de este capítulo es aproximar el estudio de las condiciones de la salud y funcionamiento de la población adulta-mayor desde una perspectiva comparada en Argentina, México y España, y valorar la necesidad de, en el futuro, profundizar en aspectos que no pueden ser comparados con las fuentes existentes en la actualidad en cada país.

6.2. Marco conceptual para la medida de salud y el funcionamiento en la vejez

La salud es definida por la OMS como un “estado de completo bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de enfermedad” (World Health Organization, 1947 y 1948), considerándose, por tanto, un concepto global y multidimensional, esto es, resultado dinámico y variable de las influencias globales de múltiples factores, que incluyen aspectos relativos a la propia situación física y mental del individuo, pero también de la sociedad a la que pertenece, incorporando, junto a una visión positiva del fenómeno, la idea de bienestar social (Fernández-Mayoralas Fernández, Rojo Pérez, Abellán García, & Rodríguez Rodríguez, 2003). La definición de la OMS añade, además, la noción de bienestar que integra una dimensión subjetiva, multifactorial e individual: la salud perceptual, también en sus elementos físicos, psíquicos y sociales (Herisson & Simon, 1993).

Desde esta perspectiva, para el análisis de la salud ha de establecerse primero cuál es el significado del concepto salud y qué debe incluirse dentro de las nociones de bienestar físico, mental y social que se manejan en su definición por la OMS. Segundo, otra consideración de interés al intentar aprehender el significado de la salud es la de su tratamiento como un constructo continuo, puesto que usualmente la salud no se muestra en estados absolutos (un completo bienestar frente a su absoluta carencia). De manera que, a menudo, para valorar la salud se suelen tener en cuenta varios o todos los aspectos que se recogen en lo que se ha denominado el continuo de salud-enfermedad y sus 5 D's, por su denominación en inglés: Death, Disease, Disability, Discomfort y Dissatisfaction (Spitzer, 1996), esto es, mortalidad, morbilidad, discapacidad, dolor/malestar e insatisfacción.

Tan amplia es la definición de salud como la cuestión sobre qué dominios incluir en su estudio. En un intento de operacionalización, aquí se ha optado por delimitar el análisis a aquellos elementos o condiciones relacionados con los contenidos de la definición de salud de la OMS pero que además sean susceptibles de modificación por intervenciones terapéuticas o sanitarias (Alonso & Ferrer, 2001; Badía Llach & Martínez-Martín, 1999), así como de satisfacción de necesidad de cuidados derivados del nivel de competencia relacionado con la salud y el funcionamiento (Rojo-Pérez et al., 2009).

6.3. Material y métodos

La selección final de indicadores para el estudio de la salud, el funcionamiento y el acceso y utilización de servicios sanitarios se ha hecho tras acudir a fuentes y análisis publicados en cada país, cotejando en qué casos era posible manejar una información equivalente y que resultara comparable para recogerla en tablas de datos. No siempre se ha podido hacer uso de todos los indicadores que podrían conformar el análisis de las distintas dimensiones, por cuanto o bien no es posible comparar el intervalo temporal, o bien la temática a examinar difiere en las fuentes revisadas según países.

Con todo ello, tras el rastreo de la información se utilizaron las siguientes fuentes, que han sido previamente descritas en el capítulo correspondiente de esta Panorámica. En Argentina se ha hecho uso de datos procedentes de cuatro fuentes secundarias: la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (primera en 2005 y segunda en 2009) (ENFR), la III Encuesta Nacional de Utilización y Gasto en Servicios de Salud - 2010 (ENUGSS) y la Encuesta Nacional sobre

Calidad de Vida de Adultos Mayores 2012 (ENCaViAM). Los mismos aspectos en España se han recogido utilizando la Encuesta Nacional de Salud de España, 2011-2012 (ENSE). Y en México se han usado dos fuentes secundarias que tuvieron 2012 como año de levantamiento de información: la Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento en México, 2012 (ENASEM) y la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, 2012 (ENSANUT). Los datos se refieren a población con 65 y más años, con excepción de los que proceden de la ENUGSS y de la ENCaViAM, que conciernen a mayores con 60 y más años.

Aunque cada vez se dedican más esfuerzos a la estandarización de los instrumentos que recolectan la información, cada contexto nacional suele poner el énfasis en unos u otros elementos destacados para sus políticas. Adicionalmente, al tratarse de recogida de información mediante entrevista personal, la forma de cuestionar, los períodos de recuerdo, etc. pueden también influir en la obtención de resultados diferentes y, por tanto, de difícil comparabilidad.

Así, de las fuentes utilizadas, finalmente se seleccionó, como indicador subjetivo, el estado de salud percibida, que suele reflejar bien la multidimensionalidad de la salud y el funcionamiento. Además, se han incluido indicadores objetivos de morbilidad (enfermedades) y de discapacidad (capacidad funcional para la realización de Actividades de la Vida Diaria – AVD-), así como del acceso a servicios en términos de nivel de cobertura sanitaria y uso de servicios de salud. En los epígrafes siguientes se describen las dificultades encontradas para comparar cada aspecto analizado y los resultados obtenidos.

La información que puede conseguirse a través de las fuentes previamente mencionadas se ha mostrado muy rica para el estudio particular en cada país, pero, para el objetivo comparativo que pretende este capítulo, el método de análisis de los indicadores seleccionados ha tenido que ser acotado al estrictamente descriptivo, en tanto que no siempre se ha tenido acceso a los microdatos de los indicadores disponibles, procedentes de variadas y diferentes fuentes documentales, lo que no ha permitido análisis estadísticos de detalle destinados a la comparación. El enfoque de análisis que se sigue deriva, por tanto, de la disponibilidad de información e indicadores temáticos comparables para los tres países de estudio.

6.4. Resultados

6.4.1. La salud y el funcionamiento

Estado de salud percibido

La autovaloración del estado de salud y su nivel de satisfacción son importantes indicadores subjetivos de la dimensión de salud en los estudios de Calidad de Vida (Fernández-Mayoralas et al., 2007). La salud percibida aporta una primera aproximación de la satisfacción del individuo sobre su salud, y es una de las medidas más sencillas de utilizar, pues se recoge mediante un solo ítem. Además, se ha mostrado válida como medida general y asociada estrechamente a otros indicadores de salud como mortalidad, enfermedad crónica, discapacidad, supervivencia y utilización de servicios, considerándose uno de los mejores indicadores globales de salud (Robine, Jagger, & Egidi, 2000), es decir, que abarca las

diferentes dimensiones de la salud (física, emocional, social, etc.) a la vez que refleja la insatisfacción de la población con los servicios y cuidados sanitarios.

A pesar de ser una medida sencilla, un primer problema para la comparabilidad proviene de la implementación de la pregunta en cada una de las encuestas de salud analizadas en los tres países (Argentina-ENCaViAM, 2012, España-ENSE, 2011-2012 y México-ENASEM, 2011). Así, aunque la escala de resultado en las tres encuestas es de cinco niveles de salud percibida, en Argentina y México estos son: excelente, muy buena, buena, regular y mala, mientras en España son muy buena, buena, regular, mala y muy mala. La tabla VII.1 muestra los diferentes niveles de autopercepción emparejando la menor y mayor categoría de respuesta con objeto de tener una escala homogénea; sin embargo los resultados han de ser tratados con sumo cuidado ya que al interior de dichas categorías su distribución es bien distinta.

En Argentina, más del 40% de la población con 60 y más años percibe su salud como regular o mala (Tabla VII.1), esto es, 20 puntos porcentuales más que su población general de 18 y más años (19,2%, según la ENFR de 2009), lo que confirmaría que la percepción de la salud se deteriora con la edad. Esta relación se observa también en México, aunque en este país la proporción de personas con 65 y más años que refieren peor salud percibida (regular a mala) alcanza cifras aún más elevadas (69,9%) (Tabla VII.1), incluso entre el grupo etario de 60-64 años (61%). En España, la proporción de mayores que perciben su salud como regular, mala o muy mala es de 56%, una cifra que, salvando la diferencia en la escala de la pregunta, se encontraría entre la referida en Argentina y la reportada en México pero, en cualquier caso, con una valoración por este grupo de edad mucho peor que la informada por la población general de 18 y más años que no alcanza el 26%.

Tabla 6.1. Estado de salud percibido por la población con 65 y más años (*) (%)

	Argentina (2012)			España (2011-2012)			México (2012)		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
Excelente y Muy Buena	16,9	18,6	15,6	6,5	7,0	6,0	4,6	7,2	2,5
Buena	42,4	40,8	43,7	37,7	44,0	33,0	25,5	25,2	25,7
Regular	34,0	34,6	33,5	36,1	32,7	38,6	51,1	51,3	50,9
Mala y Muy Mala	6,7	6,0	7,2	19,8	16,3	22,5	18,8	16,3	21,0
	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

(*) En Argentina, la población estudiada tiene 60 y más años.

Fuentes: 1. Argentina: Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de Adultos Mayores 2012 (ENCaViAM). 2. España: Encuesta Nacional de Sanidad 2011-2012 (ENSE). 3. México: Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento en México 2012 (ENASEM).

Otro aspecto a destacar respecto a la salud percibida es la diferente evaluación que expresan los hombres frente a las mujeres, siendo más negativa entre las féminas. En Argentina, las diferencias son pequeñas, sobre todo en las categorías regular y mala, pero, no obstante, el 18,6% de los hombres con 60 y más años considera su salud excelente o muy buena, frente a sólo el 15,6 de las mujeres. En España se observan diferencias mayores, pues más del 61% de las mujeres con 65 y más años perciben su salud regular, mala o muy mala, frente al 49% de los hombres de la misma edad. Por su parte, en México pueden apreciarse diferencias más altas con hasta un 72% de las mujeres percibiendo su salud regular o mala frente al 68% de los hombres, lo que muestra aún una peor situación de las mujeres con 65 y más años.

6.4.2. Morbilidad

Si una pregunta sencilla en un solo ítem resulta de difícil comparabilidad, el asunto se hace más complejo cuando se pretende comparar un contexto, como el de morbilidad, donde se ha de valorar un sistema o conjunto de enfermedades y problemas de salud que cada ámbito nacional considera importante para la toma de políticas, y, muchas veces, con períodos de referencia diversos o argumentos ambiguos (enfermedades percibidas, diagnosticadas, en la actualidad, en los últimos 12 meses, etc.). Por ejemplo, la ENFR en Argentina se centra en el estudio de aquellas enfermedades que, como la diabetes, la tensión arterial o el colesterol se encuentran más directamente relacionadas con comportamientos de riesgo como la obesidad, el tabaquismo o la ingesta de alcohol, con un cuestionamiento referido a un período temporal abierto o general. En México, una mejor valoración del sistema de morbilidad entre las personas mayores se consigue examinando tanto la ENSANUT como información más específica procedente de ENASEM, con enfermedades reportadas al momento de la encuesta. En España, la ENSE, en sus diferentes ediciones, ha mantenido unos ítems básicos que incluyen tanto enfermedades como problemas, referidos a los últimos 12 meses. La proporción de personas con estas afecciones puede verse en la tabla VII.2.

En un escenario de envejecimiento, es cierto que se produce un cierto deslizamiento en la prevalencia de enfermedades desde las infecciosas o agudas hacia las crónicas, con una presencia mayor de afecciones cardiovasculares y circulatorias, diabetes, patologías neurológicas y cáncer, en gran medida sujetas a prevención y que pueden retardarse a través de estrategias que incluyan la promoción de la salud y la corrección de hábitos (nutrición, ejercicio físico o consumos de tabaco y/o alcohol, etc.).

Las enfermedades del sistema circulatorio representan una de las principales causas de muerte, y la hipertensión arterial es un importante factor de riesgo para las principales enfermedades que se incluyen en esta categoría (World Health Organization, 2009). En Argentina, a escala nacional se reporta una mayor realización de mediciones en mujeres (86,0%) que en hombres (76,1%) y un mayor control de la presión arterial a mayor edad, desde un 64,5% en el grupo de 18 a 24 años a un 95,4% entre los mayores de 65, resultando que el 63% de este grupo de edad presenta tensión alta (Tabla VII.2), con una prevalencia ligeramente más alta entre las mujeres. Esta cifra de hipertensión diagnosticada y reportada por los entrevistados es claramente inferior entre la población de 65 y más años, tanto en México, donde afecta al 46% de este grupo de edad, como en España, con casi el 47%, y casi 10 puntos porcentuales de diferencia en contra de las mujeres. Es evidente que el período de referencia para la medición actúa como un factor a la baja en estos dos países en relación con Argentina.

Por lo que se refiere a los niveles de colesterol, éstos se asocian con un incremento de la mortalidad cardiovascular y del riesgo de padecer eventos vasculares, en particular el aumento del riesgo de infarto de miocardio (World Health Organization, 2009). La tasa de realización de mediciones de colesterol reportada en Argentina fue también superior en mujeres con respecto a los hombres (83,7% vs 70,2%), con un incremento progresivo del control de este indicador en los grupos mayores (96,1% entre personas con 65 y más años, frente a 77,7% entre población de 35 a 49 años), dando como resultado una prevalencia por diagnóstico médico de casi el 40% de los mayores de 65 años (Tabla VII.2), sin apenas diferencias por género. En España, cerca del 32% de la población en este grupo refirió colesterol elevado, con una diferencia de cuatro puntos en contra de las mujeres. En México, de nuevo, la cifra es muy similar a la española, con una estimación del 31,5% de la población con 65 y más años

que refiere un diagnóstico de colesterol elevado de entre aquellos a los que alguna vez les han medido el colesterol en sangre.

Tabla 6.2. Personas con 65 y más años que refieren problemas o enfermedades crónicas padecidas y diagnosticadas por un médico (selección comparada) (%)

	Argentina 2009/2012	España 2011-2012	México 2012
Tensión alta	63,0	46,9	46,1
Colesterol alto	39,7	31,9	31,4
Diabetes	19,0	19,2	21,5
Artrosis, artritis o reumatismo		50,8	12,3
Depresión crónica	8,0 (*)	11,1	0,8 a
Ansiedad crónica		9,8	
Infarto de miocardio		2,1	3,0
Asma		4,8	5,7 b
Bronquitis crónica, enfisema, EPOC		10,0	
Embolia, infarto cerebral, hemorragia cerebral		2,1	3,7
Tumores malignos		3,2	1,7
Osteoporosis		12,7	

(*) Se refiere a población con 60 y más años

a Incluye Depresión y ansiedad

b Incluye también diagnóstico de enfisema

c Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica

Fuentes: 1. Argentina: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR, 2009) y Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de Adultos Mayores (ENCaViAM 2012). 2. España: Encuesta Nacional de Sanidad 2011-2012 (ENSE). 3. México: Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento en México 2012 (ENASEM) y Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT).

La diabetes constituye el tercer factor de riesgo en importancia como causa de muerte a nivel global y el octavo en relación con la pérdida de años de vida ajustados por discapacidad (World Health Organization, 2009). El aumento sostenido en la prevalencia de esta afección se ha relacionado con los cambios habidos en los hábitos alimentarios y el estilo de vida que se asocian con un incremento de la prevalencia del sobrepeso y la obesidad a escala mundial. De nuevo, según datos de la ENFR en Argentina se confirma una medición de glucemia mayor en mujeres (81,4%) que en hombres (69,1%), con una prevalencia levemente superior en mujeres, así como una mayor frecuencia de control a mayor edad, resultando, que el 19% de los mayores de 65 años padecen diabetes (Tabla VII.2). Esta cifra coincide con la reportada por esta población en la ENSE de España, que muestra, en cambio, una ligera menor prevalencia entre las mujeres. Por lo que respecta a México, también su población con 65 y más años muestra una prevalencia similar, con un 21,5% afectada por esta enfermedad; no obstante se debe considerar los subregistros en el diagnóstico de enfermedades como diabetes mellitus e hipertensión, que se estima son de aproximadamente 20 por ciento en México (Palloni, Soldo, & Wong, 2002). Parece que indicadores como la prevalencia por diagnóstico de diabetes se muestran más estables que otros indicadores variables, como la medida de la tensión arterial o el colesterol.

La prevalencia de otras enfermedades se muestra también en la tabla VII.2. Entre los adultos mayores en España las dolencias relacionadas con artrosis, artritis o reumatismo afectan según

la ENSE 2011-2012 a más de la mitad de la población con 65 y más años. Sin embargo, en México, la ENSANUT 2012 sólo reporta un 12% de la población mayor sufriendo de estos padecimientos. Algo similar ocurre con la proporción de personas que refieren problemas de depresión o ansiedad crónica que, en España, afectarían a más del 11% de los entrevistados con 65 y más años, mientras en Argentina hasta un 8% de las personas con 60 y más años refirió haber recibido un diagnóstico de depresión crónica en el último año. No obstante, sólo 1% de los mayores en México refieren diagnóstico de esta enfermedad. Esta baja cifra en México se explicaría por la baja también proporción de personas que acude a tratamiento, retrasa la búsqueda de ayuda, o bien no recibe la asistencia adecuada, principalmente por el hecho de que las unidades de salud de primer nivel de atención carecen de servicios de salud mental (Berenzon, Lara, Robles, & Medina-Mora, 2013). Gran disparidad puede observarse también entre la prevalencia de enfermedades respiratorias en ambos países.

Estas y otras diferencias entre los niveles de prevalencia que pueden observarse en la tabla VII.2, estarían en la base de la necesidad de un instrumento estandarizado para el análisis en los tres países de las condiciones de salud, como pilar del envejecimiento activo.

Capacidad funcional

Si hay un aspecto de la salud que más se puede asociar con la actividad en la vejez es aquel que tiene que ver con la capacidad funcional o el funcionamiento en actividades de la vida diaria (básicas, instrumentales, movilidad), que además estaría en la base de la seguridad y la participación como los otros dos pilares del envejecimiento activo. En muchas ocasiones, no obstante, es necesario distinguir entre función física y capacidad mental para realizar tareas complejas (por ejemplo, ir de compras, manejar electrodomésticos, etc.) (Fernández-Mayoralas et al., 2007). Esta capacidad funcional relacionada con el nivel cognitivo no siempre es bien recogida en las encuestas generales que ofrecen respuestas auto-reportadas sobre la salud y, por tanto, pueden subestimar la dependencia funcional, si la población con estas dificultades no resulta seleccionada debido al propio problema cognitivo o no puede reportar correctamente su problema a causa de su nivel cognitivo.

Discapacidad, dependencia, capacidad funcional, funcionamiento, son también elementos complejos de medir y, por tanto, especialmente complicados de comparar, ya que existen una diversidad de instrumentos y escalas de respuesta para medirlas. En la ENSE en España, por ejemplo, se incluyó una pregunta específica para población con 65 y más años casi al inicio de la serie, en 1993, que cuestiona sobre la capacidad para realizar una serie de actividades que se engloban en las tres áreas clásicas: cuidado personal, labores instrumentales domésticas y movilidad, distinguiendo grado de dificultad según que el entrevistado pueda realizarlas sin o con ayuda de otra persona (Fernández-Mayoralas & Rodríguez Rodríguez, 1995). En México, con opciones de respuesta “Sí”, “No”, “No puede o no hace las actividades”, en la ENASEM también se pregunta sobre actividades básicas de la vida diaria, instrumentales y de movilidad, si bien no siempre coinciden las actividades incluidas en las mismas categorías, por lo que la comparación ha de hacerse, muchas veces, ítem a ítem, sin garantía tampoco de conseguir estandarización. En Argentina, por su parte, la ENFR implementa asimismo una sección, en este caso autoadministrada, sobre 5 aspectos de calidad de vida, utilizando la versión validada para Argentina del cuestionario Euroqol-5D (ver <http://www.euroqol.org/>), donde el entrevistado ha de responder si no tiene problemas, tiene algún problema o tiene muchos problemas en relación con su movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas

(domésticas u otras), así como dolor/malestar y ansiedad/depresión. Este instrumento, en su versión validada para España, ha sido también utilizado en la ENSE 2011-2012 en España.

Tabla 6.3. Población con 65 y más años que refiere dificultades para realizar Actividades de Cuidado Personal, Labores Domésticas y Movilidad (actividades seleccionadas) (%)

Grupo de actividades disponibles para Argentina y España	México (descripción de la pregunta relacionada con el grupo de actividades)	Argentina (*)	España	México (&)
		2005	2012	2012
CUIDADO PERSONAL	Debido a un problema de salud ¿Usted tiene dificultad...	7,9	34,2	
TOMAR SUS MEDICINAS	H.28 ...en tomar sus medicamentos (si toma alguno o tuviera que tomar alguno)?			2,0
COMER	...al comer, por ejemplo para cortar su comida?			3,0
VESTIRSE Y DESNUDARSE Y ELEGIR LA ROPA QUE DEBE PONERSE	H.13 Debido a problemas de salud, ¿tiene usted dificultad para vestirse, incluyendo ponerse los zapatos y los calcetines? H.14 ¿Le ayuda alguien a vestirse?			7,9
DUCHARSE O BAÑARSE	...para bañarse en una tina o regadera?			3,9
LABORES DOMESTICAS		20,7	37,4	
COMPRAR COMIDA O ROPA	H.27 ...en hacer compras de víveres/mandado?			6,7
PREPARAR SU PROPIA COMIDA	H.26 ...en preparar una comida caliente?			4,7
MOVILIDAD		33,4	36,7	
ADMINISTRAR SU PROPIO DINERO	H.29 ... para manejar su dinero?			2,2
ANDAR	H.15 ...para caminar de un lado a otro de un cuarto?			6,2
LEVANTARSE DE LA CAMA Y ACOSTARSE	H.18 ...al acostarse y levantarse de la cama?			6,6
SUBIR DIEZ ESCALONES	H.6 Debido a problemas de salud, ¿tiene alguna dificultad en subir varios pisos de escaleras sin descansar?			22,9
ANDAR DURANTE UNA HORA SEGUIDA	H.1 Debido a problemas de salud ¿Tiene usted dificultad en caminar varias cuadras?			25,3

(*) En Argentina se ha tomado el resultado de la dimensión según el instrumento EuroQoL-5D

& En el caso de México se incluyen las Actividades Básicas (ABVD) e Instrumentales de la Vida Diaria (AIVB) disponibles acorde al grupo al que pertenecen

Fuentes: 1. Argentina: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (primera, 2005) (ENFR). 2. España: Encuesta Nacional de Sanidad 2011-2012 (ENSE). 3. México: Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento en México 2012 (ENASEM).

Es claro que en este aspecto tanto o más que en otros, medidas estandarizadas y validadas pueden resultar de gran utilidad para la comparabilidad del estado de salud relacionado con la capacidad funcional.

Según el instrumento EuroQol-5D, en Argentina, un 8% de las personas con 65 y más años declara problemas para la realización de sus actividades de cuidado personal, un 21% problemas en sus actividades cotidianas (domésticas, laborales) y más de un 33% refiere problemas de movilidad,...). En todos los casos, la proporción de personas con 65 y más años que declaran problemas duplica la de población en el grupo de 60-64 años y los problemas afectan más negativamente a las mujeres. En España, más de un tercio de los mayores de 65 años refieren problemas con sus actividades de cuidado personal, con sus tareas domésticas y con su movilidad (34,2%, 37,4% y 36,7%, respectivamente), con una afectación aún mayor también entre las mujeres con 65 y más, entre quienes se alcanzan o superan proporciones del 40%. En México, una actividad básica de cuidado personal, como es vestirse, genera dificultades a cerca del 8% de la población con 65 y más años; un 7% tiene problemas para hacer la compra de víveres; y alrededor de una cuarta parte de esta población declara dificultad en subir varios pisos de escaleras sin descansar o caminar varias cuadras.

También para el análisis de esta dimensión resulta evidente que el no contar con un instrumento equivalente limita la comparabilidad entre los países estudiados.

6.4.3. Cobertura sanitaria y acceso a servicios de salud

Otro elemento de difícil comparabilidad entre contextos nacionales tiene que ver con el acceso a los servicios de salud, lo que depende de su disponibilidad, en términos de infraestructura, distancia física y socio-económica y cobertura sanitaria.

Los datos generales sobre gasto en salud, densidad de médicos o camas hospitalarias por mil habitantes muestran una peor situación en México, con una ratio similar de médicos y camas en Argentina y en España, y, en este último país, un punto porcentual más sobre el PIB de gasto sanitario (Tabla VII.4).

Con estos recursos, en Argentina la cobertura sanitaria es universal y gratuita. En aquel país, y según la ENFR de 2009 (Ministerio de Salud & Presidencia de Nación, 2011) el 74,9% de las personas con 18 y más años tenían además cobertura de salud en forma de seguro social o privado, presentando un incremento significativo al comparar esta estimación con la ENFR de 2005, que fue de 65,1%. Del mismo modo, la cobertura sanitaria es mayor entre la población con 65 y más años, de la que casi un 96% refiere disponer de algún seguro de salud. Esto es explicable dada la importancia de cobertura provista en Argentina por el Instituto Nacional de Seguridad Social para Jubilados y Pensionados –PAMI-, fundamentalmente en el grupo de los mayores.

Tabla 6.4. Algunos datos generales sobre la sanidad en los países considerado

Salud y Sanidad	Argentina		España		México	
Gasto en salud (% del PIB)	8,1	2011	9,6	2010	6,4	2009
Densidad de médicos (/ 1,000 habitantes)	3,2	2004	4,0	2011	2,0	2009
Camas de hospital (/ 1,000 habitantes)	4,5	2011	3,2	2010	1,7	2010

Fuente: <http://www.indexmundi.com> (28/02/2014)

En España, también la cobertura sanitaria pública es universal y gratuita desde la promulgación de la Ley de Sanidad de 1986, aunque en la práctica, y según las ENSE, sólo el 86% de la población con 18 y más años refiere tener cobertura pública en exclusiva (más del 90% entre la población con 65 y más), y la cobertura en forma de seguros privados no ha hecho más que crecer desde entonces, mientras las mutualidades ligadas a ciertos sectores también permanecen.

Sin embargo, en México el sistema continúa segmentado entre el Instituto Mexicano del Seguro Social, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, y, en la última década, con la implementación del Seguro Popular, además de diferentes seguros de empresa, y en menor medida de seguros privados (Gómez-Dantés et al., 2011), con una laguna cierta entre los más mayores, sobre todo si no tienen vinculación con el mercado laboral, dado que la proporción de pensionados con derecho a la seguridad social es poco más del 20%, mientras apenas por encima del 30% de esta población adquiere el derecho por su descendencia, lo cual deja una cobertura de servicios de salud sin costo para la mitad de los mayores.

El nivel de cobertura sanitaria puede resultar entonces una barrera para el acceso efectivo a los servicios de salud, que se mide mediante el análisis de la utilización. A su vez, unos y otros servicios se complementan para conformar un sistema. De manera que este análisis se enfoca sobre el conjunto de servicios, primarios, especializados, urgentes y hospitalarios.

Los servicios de salud se constituyen así en recursos fundamentales para la ejecución de estrategias de prevención y control de padecimientos, por lo cual es relevante evaluar los problemas de cobertura y accesibilidad, que constituyen barreras para la implementación y efectividad de las intervenciones de salud pública. El hecho de contar con una adecuada cobertura de salud se asocia no sólo con recibir cuidados adecuados de prevención y control, sino también la evaluación de la prevalencia de factores de riesgo, enfermedades crónicas y mortalidad. En Argentina, aquellas personas que teniendo algún problema de salud no consultaron por barreras a la atención ascendieron a casi una cuarta parte (23% de 18 y más años). En México, sin embargo, no alcanza el 2% las personas con 60 y más años que, habiendo solicitado consulta, no la hayan recibido, sin embargo este dato se refiere al periodo de dos semanas previas a la encuesta y la cifra es superior si se considera aquellas personas que no acuden a solicitar atención por diversos motivos.

Por lo que respecta al nivel de utilización de los distintos servicios, es complejo el análisis comparado, pues no se dispone de información para todos los tipos en los tres países, y los periodos de referencia o el grupo etario son diferentes, mayores de 60 en Argentina y mayores de 65 en México y España (Tabla VII.5). Así, por ejemplo, en México, el 70% de su población con 65 y más años refirió haber consultado a un médico en las dos últimas semanas previas a la encuesta, mientras, en España, a pesar de que el periodo de referencia es más

amplio, las cuatro semanas previas a la encuesta, el nivel de consulta médica fue visiblemente inferior, con casi el 46% de los mayores de 65 años como usuarios. La proporción en Argentina se encuentra a medio camino, sobre un periodo de referencia comparable al español, si bien los datos se especifican para población con 60 y más años. En Argentina, además, el número medio de visitas al médico, a pesar de referirse a población de menor edad, fue mayor que en España, 1,96 vs 1,4, respectivamente.

Tabla 6.5. Comparativa de utilización de servicios de salud (*)

Indicadores seleccionados	Argentina	España	México
	2010	2011-2012	2012
Utilización de servicios (% población usuaria)			
Consulta al médico de familia en las últimas 4 semanas	53,9 a	45,8	69,9 b
Población que ha consultado al dentista alguna vez	13,2 a	99,4	
Consulta al médico especialista en las últimas 4 semanas		20,7	19,4 b
Hospitalización en los últimos 12 meses	12,5	13,8	7,3
Utilización del servicio de urgencias en los últimos 12 meses		28,7	
Utilización del hospital de día en los últimos 12 meses		10,0	3,5
Promedio de consultas/ingresos/días hospitalización			
Número medio de consultas al médico de familia en las últimas 4 semanas	1,96 a	1,4	
Número medio de consultas al dentista en los últimos 3 meses		1,8	0,63 c
Número medio de consultas al especialista en las últimas 4 semanas		1,3	
Número medio de ingresos hospitalarios en los últimos 12 meses		1,5	1,6
Duración media (en días) del último ingreso hospitalario en los últimos 12 meses		7,8	8,8 d
Número medio de asistencias recibidas del servicio de urgencias en los últimos 12 meses		1,8	
Número medio de días en el hospital de día en los últimos 12 meses		3,5	

* En Argentina, los datos se refieren a población con 60 y más años. En España y México, población de 65 y más

a Se refiere a los últimos 30 días

b Se refiere a las últimas dos semanas

c La pregunta se refiere al último año pero la estimación mostrada es de tres meses

d Se refiere al promedio de días de hospitalización en los últimos 12 meses

Fuente: 1. Argentina: III Encuesta Nacional de Utilización y Gasto en Servicios de Salud - 2010 (ENUGSS). 2. España: Encuesta Nacional de Sanidad 2011-2012 (ENSE). 3. México: Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento en México 2012 (ENASEM) y Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT)

En la misma línea, encontramos que casi la totalidad de la población mayor en España ha consultado un dentista alguna vez, pero en Argentina la proporción es de sólo el 13%, pues se refiere a las dos últimas semanas. En España, además, el número medio de consultas al dentista fue el triple que en México (1,8 vs 0,63). Y cuando observamos proporciones similares, como la de usuarios de médicos especialistas (20,7 y 19,4%, respectivamente), en México el período de referencia fue de dos semanas mientras que en España fue de cuatro.

Como se trata de un sistema con diferentes tipos de servicios que pueden complementarse, en contrapartida, la hospitalización entre población de edad fue más elevada en España, con un

14% de la población con 65 y más años habiendo sido hospitalizado durante los 12 últimos meses, proporción que duplica la observada en México durante el mismo periodo (7%), mientras Argentina presenta una cifra intermedia, pero referida a población con 60 y más años. Sin embargo, el número de ingresos, aunque similar, fue inferior en España que México, así como la duración de la estancia, con 7,8 días vs 8,8, respectivamente.

Por su parte, sólo en España se muestra en la tabla la utilización de servicios de urgencias, con casi el 29% de los mayores habiéndolos utilizado en los últimos 12 meses y con 1,8 asistencias medias recibidas.

Tanto en México como en España existe una leve mayor proporción de consulta entre las mujeres. Y, por lo que respecta a la hospitalización, se observa otra diferencia entre ambos países: mientras en México la proporción de personas hospitalizadas con 65 y más años es ligeramente superior entre las mujeres, en España son los hombres de esta edad los que relativamente han sido más hospitalizados durante el último año, con proporciones que afectaron a más del 20% de los hombres de 75 y más años frente al 15% de las mujeres en el mismo grupo de edad.

6.5. Reflexiones finales

En lo que atañe a la dimensión salud, todos los datos reportados, y sus diferencias, habrán de ser mejor contrastados mediante información recogida de forma estandarizada en los tres países. Como se ha mencionado, la salud percibida, como medida global, y otros indicadores específicos, como enfermedades padecidas, capacidad funcional, utilización de servicios sanitarios o calidad de vida relacionada con la salud, se ven influidos no sólo por la estructura por edad y sexo de la población sino que se muestran también asociados con lo que se ha dado en llamar determinantes sociales de la salud, que incluirían indicadores socioeconómicos tales como el nivel educativo y el de renta, la clase social, la relación con la actividad, o el entorno residencial, siendo así que medidas comparables entre países son necesarias para valorar adecuadamente la desigualdades sociales en salud, y éste sería aspecto principal a considerar para la investigación comparada del envejecimiento activo.

Por lo que se refiere a los datos sobre control de factores de riesgo y la promoción de la salud para alcanzar una vejez activa, todo hace indicar que cada vez más se extiende la medida de indicadores básicos para la vigilancia de un envejecimiento saludable, tales como el control de niveles de tensión arterial, colesterol o marcadores de glucemia. No obstante, para poder comparar estas medidas conviene también insistir en periodos estándar de referencia para conseguir cierta estabilidad en los resultados.

El análisis comparado de la salud en diferentes contextos nacionales, como son Argentina, España y México, requiere además de una puesta en común de las fuentes donde acudir a valorar ese continuo de salud. Los sistemas estadísticos sanitarios suelen ofrecer datos recolectados a diferentes niveles administrativos sobre establecimientos sanitarios, número de profesionales, notificación de enfermedades, registro de estadísticas vitales (defunciones, etc.), y otros. México dispone de estos datos sistematizados, no obstante hay un rezago de dos años y en los casos de la vigilancia epidemiológica un elevado nivel de subregistro, sin embargo, se ha desarrollado altamente la recogida de información por encuesta y el acceso a microdatos. Por su parte, el subregistro no parece ser un problema importante en Argentina o España. Y, en España también la recogida de información individualizada sobre salud y sus

determinantes ha evolucionado sustancialmente desde la primera encuesta de salud en 1986, permitiendo actualmente explotaciones ad hoc a partir de los microdatos de las encuestas y otros registros.

Sin embargo, y desde la aproximación al continuo de salud, algunos temas pendientes de analizar en forma comparada son el perfil de causas de muerte de las poblaciones en edad más avanzada, así como los componentes de la satisfacción con la salud, como pilar básico del envejecimiento activo, que han de buscarse en múltiples fuentes, y no siempre con éxito.

Desde esta perspectiva comparada, (Velázquez Londoño, 2006) señala que, particularmente en América Latina, existe una desigual concepción sobre la salud como derecho, lo que se traduce en intervenciones fragmentadas y segmentadas dentro de la sociedad, y México y Argentina mostrarían esta situación. A modo de ejemplo, menciona que en América Latina la inversión pública en salud no alcanza el 2,5% del PIB mientras que en los países desarrollados el promedio supera el 6%. En definitiva, para alcanzar una comparativa nacional, así como un análisis desde una aproximación temporal, son necesarias encuestas ad hoc a población general, en las que se demande información autorreportada sobre aspectos generales de la salud de los ciudadanos y sobre los principales factores que la determinan, siendo ello un elemento indispensable en la medición de la salud y su relación con el envejecimiento activo, al reflejar, conjuntamente, la contribución de distintos factores, sociales, ambientales y de estilos de vida, que van más allá del sistema sanitario, y convirtiéndose en instrumento primordial para la planificación y adopción de medidas de salud pública y evaluación de las políticas sanitarias.

6.6. Bibliografía

- Alonso, J., & Ferrer, M. (2001). Calidad de vida relacionada con la salud. In J. Kulisevsky & P. Martínez Martín (Eds.), *Biblioteca Neurológica Siglo XXI. Grupo de Estudio de Trastornos del Movimiento de la Sociedad Española de Neurología* (pp. 55-90). Vol. IV. Madrid: Nilo Industria Gráfica.
- Badía Llach, X., & Martínez-Martín, P. (1999). Quality of life measurement: interest and applications. In P. Martínez-Martín & K. C. Koller (Eds.), *Quality of life in Parkinson's disease* (pp. 17-36). Barcelona: Masson.
- Berenzon, S., Lara, M. A., Robles, R., & Medina-Mora, M. E. (2013). Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *Salud Pública de México*, 55(1), 74-80.
- Fernández-Mayoralas Fernández, G., Rojo Pérez, F., Abellán García, A., & Rodríguez Rodríguez, V. (2003). Envejecimiento y salud. Diez años de investigación en el CSIC. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 13(1), 43-46.
- Fernández-Mayoralas, G. (2011). La salud y el funcionamiento como dimensión de la calidad de vida. In F. Rojo-Pérez & G. Fernández-Mayoralas (Eds.), *Calidad de Vida y Envejecimiento. La visión de los mayores sobre sus condiciones de vida* (pp. 113-167). Bilbao: Fundación BBVA.
- Fernández-Mayoralas, G., & Rodríguez Rodríguez, V. (1995). La capacidad funcional de los ancianos españoles. *Revista de Gerontología*, 5(1), 16-22.
- Fernández-Mayoralas, G., Rojo Pérez, F., Prieto Flores, M. E., León Salas, B., Martínez Martín, P., Forjaz, M. J., et al. (2007). *El significado de la salud en la Calidad de Vida de los mayores*.

- Madrid: Portal Mayores, Informes Portal Mayores, n° 74.
URL: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentacion/estudiosyresultados/informes/index.html>
- Gómez-Dantés, O., Sesma, S., Becerril, V. M., Knaul, F. M., Arreola, H., & Frenk, J. (2011). Sistema de salud de México. *Salud Publica de México*, 53 (Supp 2), S220-S232.
- Herisson, C., & Simon, L. (Eds.). (1993). *Evaluation de la Qualité de Vie*. París: Masson.
- Ministerio de Salud, & Presidencia de Nación. (2011). *Segunda Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para Enfermedades No Transmisibles 2009*. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación.
- Palloni, A., Soldo, B., & Wong, R. (2002). *Health status in a national sample of elderly Mexicans*. Boston: Paper prepared for presentation at the Gerontological Society of America Conference.
URL: <http://www.ssc.upenn.edu/mhas/Papers/5.pdf>
- Robine, J.-M., Jagger, C., & Egidi, V. (Eds.). (2000). *Selection of a Coherent Set of Health Indicators: Final draft. A First Step Towards A User's Guide to Health Expectancies for the European Union*. Montpellier: Euro-REVES.
URL: http://europa.eu.int/comm/health/ph_projects/monitoring_project_full_listing_en.htm
- Rojo-Pérez, F., Delgado-Sanz, C., Fernández-Mayoralas, G., Forjaz, M. J., Ahmed-Mohamed, K., Martínez-Martín, P., et al. (2009). Informal support according to level of competence related to health and functioning in Quality of Later Life. In W. Ostasiewicz (Ed.), *Quality of Life Improvement through Social Cohesion* (pp. 64-85). Wroclaw, Poland: Publishing House of Wroclaw University of Economics.
- Spitzer, W. O. (1996). The future of the epidemiology. *Journal of Clinical Epidemiology*, 49(7), 705-709.
- Velázquez Londoño, L. E. (2006). *Panelista, representante de la Organización Panamericana de la Salud. Seminario "Gestión Local en Salud: Conceptos y experiencias"*. Coordinado por Magdalena Chiara y organizado por la Subsecretaria de Planificación en Salud del Ministerio de la Salud de la Provincia de Buenos Aires y el Instituto del Conurbano de la UNGS.
- World Health Organization. (1947 y 1948). *Chronicle of the World Health Organisation. Development and Constitution of the WHO*. Geneva: United Nations, World Health Organization.
URL: <http://www.who.int/library/collections/historical/en/index3.html> http://whqlibdoc.who.int/hist/chronicles/chronicle_1947.pdf http://whqlibdoc.who.int/hist/chronicles/chronicle_1948.pdf
- World Health Organization. (2002). *Active Ageing. A Policy Framework*. Geneva: World Health Organization, Department of Health Promotion, Noncommunicable Disease Prevention and Surveillance. URL: http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/who_nmh_nph_02.8.pdf Accessed: 22-07-2013
- World Health Organization. (2009). *Global Health Risk: Mortality and burden of disease attributable to selected major risks*. Geneva: World Health Organization

7. SÍNTESIS Y CONSIDERACIONES FINALES

Autoría:

Verónica Montes de Oca
María Julieta Oddone
Fermina Rojo Pérez

Considerando como objetivo prioritario de este libro el estudio comparativo de la multidimensionalidad del envejecimiento desde un enfoque demográfico, socioeconómico, residencial y de estado de salud de la población adulta mayor en Argentina, España y México, el presente apartado busca hacer una síntesis de los capítulos precedentes, así como una reflexión general de las limitaciones en el área técnico-metodológica de la información. Además, se plantean algunas ideas que permitan seguir líneas de investigación futura desde una perspectiva comparada en los países estudiados. Muchas de estas reflexiones pueden ser útiles en el ámbito de la docencia e investigación para otros países del contexto iberoamericano. De este modo, el lector encontrará en este capítulo un resumen de los temas abordados, así como otros elementos de la valoración que le permitirán advertir el largo camino que, en aspectos técnico-metodológicos, falta por realizar, así como de la necesidad de abordar nuevas temáticas relacionadas con el envejecimiento y la vejez de las poblaciones bajo el enfoque del envejecimiento activo y otras formas positivas de vejez.

7.1. Fuentes estadísticas

En este capítulo se examinaron las bases de datos disponibles para estudiar el envejecimiento de la población, desde una perspectiva comparada en los tres países de Iberoamérica. Este ejercicio ha permitido estudiar las potencialidades y limitaciones de las fuentes de información estadísticas disponibles en cada país y su utilidad de manera comparativa. En el momento actual, estos países tienen una gran fortaleza en el diseño, levantamiento, procesamiento y disponibilidad de la información a nivel nacional, lo que les ha permitido afrontar las necesidades locales. Esta información puede analizarse de manera transversal, y en algunos casos se aprecia el uso de forma longitudinal.

Limitaciones metodológicas. Existe una gran variedad de encuestas y censos de gran utilidad local pero de poca comparabilidad internacional, a pesar de las recomendaciones internacionales. Esta restricción, que ya es notable en América Latina y el Caribe, se aprecia sobremanera cuando se hace uso de información a nivel intercontinental.

Las fuentes fueron analizadas con base en sus cuestionarios, lo que permitió detectar una gran variedad de temas y variables analíticas de gran riqueza en los estudios locales en materia sociodemográfica, en aspectos sociales del envejecimiento y de la salud de las poblaciones nacionales aunque con poca fortaleza a nivel comparativo entre las mismas dimensiones. Esto

se debe a la diversidad cultural bajo la que se diseñan las preguntas del cuestionario y los instrumentos y escalas de medición. En este sentido, en el capítulo se anota que “los conceptos... son valorados y medidos de forma diferente, de manera que las categorías de las variables ni son definidas, ni ‘nombradas’ de la misma manera, lo que dificulta su categorización para obtener comparabilidad”.

Adicionalmente hay aspectos técnicos en el levantamiento muestral y codificación utilizada en cada fuente que no permiten su uso único y mucho menos comparativo. Finalmente, otro elemento nada menor tiene que ver con la accesibilidad a las bases de datos en los países estudiados, de forma que un acceso libre más abierto facilitaría su uso y posterior análisis.

Con base en estas consideraciones, son pocas las encuestas que fueron útiles para el propósito comparativo de este estudio. Pero, bajo esa ausencia de comparabilidad analítica, el ejercicio fue sustantivo en el orden de las exploraciones científicas para tratar de identificar las grandes diferencias que las poblaciones experimentan en su envejecimiento, en consonancia con el estadio actual de consolidación de las políticas de bienestar en cada país. Por tanto, y haciendo uso de la lógica expuesta, es pertinente este tipo de ejercicios para identificar no sólo las diferentes condiciones de la población adulta mayor en Argentina, España y México, así como en otros países de la región, sino también para conocer las dimensiones asociadas con la política pública.

Líneas de investigación futura. Como líneas de investigación futura se puede mencionar la necesidad de trabajar en la elaboración de estándares de comparabilidad entre fuentes y usar repositorios internacionales de datos, como el de *Integrated Public Use Microdata Series* (IPUMS). Pero, a medio plazo, será preciso también avanzar en la elaboración de fuentes secundarias, tipo entrevistas por cuestionario, que se levanten de manera simultánea en los países estudiados, como se ha hecho, por ejemplo, con la encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento en América Latina y el Caribe (SABE, 1999-2001).

7.2. Dinámica y estructura

Este capítulo tuvo como objetivo la descripción y comparación de las características demográficas básicas de las tres poblaciones, especialmente las que condicionan el volumen y las características sociodemográficas de los adultos mayores en el tiempo. En relación con la estructura, los temas estudiados fueron: edad media por sexo, distribución por grandes grupos de edades (absolutos y relativos) y sexo, así como la relación de masculinidad. Para conocer la dinámica de las tres poblaciones se analizaron la tasa de crecimiento, componentes del crecimiento, indicadores de mortalidad (tasa de mortalidad materna, infantil, esperanza de vida al nacer y esperanza de vida a los 60 años), así como un índice sintético de fecundidad. Fue posible así, para los tres países, realizar un análisis descriptivo de los diferentes procesos de transformación demográfica derivada de las etapas de modernización, que ha sido experimentada en estadios históricos diferentes en los tres países. Esto se muestra en el porcentaje de personas adultas con 65 años y más, que es muy bajo en México, intermedio en Argentina y de mayor peso en España. Sin embargo, en cuanto a valores absolutos las similitudes se producen entre México y España, mostrando Argentina un valor más bajo. Otras diferencias radican en las perspectivas de evolución, de modo que la población mexicana todavía crecerá a ritmo sustancial, aunque en los dos países restantes el ritmo viene reduciéndose, tendiendo a ser nulo en el futuro, especialmente en España.

Limitaciones metodológicas. Los cambios demográficos deben seguirse en periodos de tiempo razonables (de 5 a 10 años), para poder observar esas lentas transformaciones con las cuales se proyectan tendencias. Pero para ello es imprescindible el acceso a estadísticas vitales, encuestas o censos que sean confiables, y el uso de indicadores más completos que puedan dar una perspectiva más refinada sobre los cambios entre generaciones o grupos de edad más específicos. Otra limitación es la relativa al carácter de datos usados, de tipo transversal que no permite en grandes periodos de tiempo sacar análisis de larga temporalidad.

Líneas de investigación futura. Los estadísticos demográficos son altamente descriptivos y sugieren profundizar sobre los procesos demográficos y sus consecuencias en cada país a distintas escalas geográficas (local, provincial, regional, o incluso a la microescala individual o del hogar). Esta es una oportunidad para discutir más en el ámbito científico sobre las consecuencias de este proceso no sólo a nivel nacional y regional sino global. Dado que el envejecimiento demográfico es fenómeno sistémico en los tres países, sería de interés científico y social identificar la dinámica y evolución de cada uno de los componentes demográficos, en tanto que el comportamiento demográfico no es un fenómeno accidental ni reversible, sino consecuencia de la interacción con procesos de modernización de las dinámicas poblacionales. Esta es una hipótesis que debe ser constatada con datos empíricos en cada una de las naciones, pero en sentido amplio debe vislumbrar el papel de las generaciones de mayores desde la perspectiva de oportunidades diferenciales que habilitan o no sus condiciones de vida. De ahí que cada población sea diferente en condiciones sociales, económicas y políticas dependiendo de sus propios procesos históricos, demográficos y económicos.

El envejecimiento demográfico es un fenómeno nuevo en la historia de la humanidad y positivo, pero, ante el argumento apocalíptico sobre el mismo, se constata la relevancia de su seguimiento con base en indicadores que midan el mismo proceso como la dinámica social, de desigualdad y mejora, que se resulta a nivel tanto de la forma como se vive la vejez, como las características sociales y económicas de hombres y mujeres adultos mayores.

7.3. Condiciones económicas

Este capítulo tuvo como objetivo el estudio de la actividad económica en la vejez, situación de ingresos y pensiones, desde el enfoque de los determinantes de calidad de vida. Con base en los datos analizados, se advierte que la participación en el trabajo se enmarca o delimita por el nivel de desarrollo social y económico alcanzado en cada país, que ha integrado de manera desigual a los grupos de adultos mayores dependiendo de su sexo, educación y edad, así como en el tipo de cobertura e ingresos que tienen derivado de los sistemas de protección social.

Indicadores como la relación/condición con la actividad laboral, los sectores económicos en los que trabaja la población, la posición en la ocupación y condición de ocupación, así como los ingresos conforman la condición económica de los adultos mayores bajo estudio entre los tres países. La relación con la actividad muestra una elevada proporción de sujetos adultos mayores en situación de inactividad (enmarcados como pensionistas) en España, seguido de Argentina y México. Esta situación es reflejo de la amplia cobertura del sistema previsional en los primeros países.

Esta condición de inactividad contrasta con la situación de actividad y permanencia en el mercado de trabajo, principalmente en México y con menor intensidad en Argentina. De este modo, cuanto menor es la previsión social para la jubilación en los países, más alta es la participación en el mercado de trabajo de los adultos mayores. Los pensionistas, en términos porcentuales, prevalecen entre la población argentina, incluso superando a España, mientras esta figura es muy baja en México en comparación con los otros dos países. Considerando el rol del sexo en los países estudiados se observa que en México no hay una cultura del retiro pero destaca el papel tradicional de las mujeres en las labores del hogar, lo que sugiere un desarrollo social y educativo diferencial por género en estas generaciones.

En relación con la distribución según sector económico de actividad, los datos evidencian que los sectores en donde se posiciona la población estudiada son de carácter mixto, con una alta cualificación (industria) o baja (construcción), principalmente para la población masculina, y del comercio tanto para hombres como para mujeres mayores, especialmente en México. En este país sigue siendo muy importante la participación de los adultos mayores en el sector primario, y en menor medida en España y Argentina, donde prevalecen las actividades del sector terciario dedicado a servicios tanto para hombres como para mujeres.

Mientras en Argentina y España los mayores ocupados están en una posición de asalariados, sobre todo en el sector privado de la industria y el comercio, en México, por el contrario, los hombres y mujeres adultos mayores asalariados tienen una menor presencia; en este último país la mitad de las personas mayores ocupadas se clasifican en la categoría de empresarios sin asalariados o trabajadores por su cuenta.

La recepción de ingresos entre las personas adultas mayores de los tres países es una consecuencia de la posición en el mercado de trabajo, su ocupación y adscripción al sistema previsional. De tal suerte que una más elevada proporción de sujetos se concentra en los ingresos económicos más bajos en España y México, mientras que en Argentina se muestra una mayor homogeneidad por estratos, como consecuencia del método de medida utilizado (cuartiles). La existencia de diferencias por género no hace sino resaltar las desventajas económicas de los mayores en los tres países.

Limitaciones metodológicas. El uso de fuentes de información diferentes en los países estudiados conlleva dificultades en la comparabilidad de la información socioeconómica. Otras limitaciones tienen que ver con la cuestión cultural y conceptual del fenómeno del envejecimiento, en su conjunto, y de los rasgos socioeconómicos de esa población. Una primera diferencia radica en el establecimiento de qué edad se utiliza para delimitar el grupo de mayores. En España se considera la de 65 años y más, mientras que en Argentina y México de 60 años y más. Otro aspecto importante tiene que ver con las definiciones de los conceptos usados en los tres países, como actividad, ocupación, ingresos, etc., que son valorados y medidos de forma diferente, de manera que las categorías de las variables ni son definidas, ni 'nombradas' del mismo modo, lo que dificulta su categorización en aras a su comparabilidad. Ante ello, sería recomendable la formalización de acuerdos entre generadores de información para el establecimiento de estándares internacionales a fin de homogeneizar el contenido de las fuentes de datos.

La disponibilidad pública de las fuentes analizadas es otra limitación relevante. Aunque en muchos países existe transparencia en materia de información sobre su población, no hay plena disponibilidad de la misma y el análisis, muchas veces, es realizado por los organismos productores en vez de por científicos.

Líneas de investigación futura. Además de la necesidad de proseguir con este tipo de análisis y aumentar el número de países estudiados, se sugiere agregar el enfoque de la desigualdad de los ingresos per cápita, analizándolos por deciles y por grupos de edad.

Otra línea a investigar es el análisis de los ingresos entre la población ocupada, tratando de identificar cómo los rasgos personales y socioeconómicos de los ocupados influyen en su distribución. Otra veta es analizar la contribución de los mayores en las economías de los países a través de las cuentas nacionales con objeto de valorar el papel de la economía no monetarizada, de las transferencias entre generaciones y de los programas sociales. El estudio de la relación entre la situación económica objetiva y la percepción que de la misma tienen los adultos mayores es otra línea de estudio a considerar bajo la perspectiva de análisis de los estudios de calidad de vida.

7.4. Vivienda

El propósito de este capítulo ha sido examinar las condiciones de la vivienda en el contexto del espacio geográfico interior o próximo donde se desarrolla la vida de la población adulta mayor. El interés de estudio de esta dimensión radica en que las condiciones de la vivienda, juntamente con otros elementos del entorno residencial, puede influir en otras áreas de vida durante el proceso de envejecimiento, facilitando o restringiendo, en su caso, el envejecimiento en casa con autonomía e independencia. Además, la vivienda, inserta en el entorno físico y construido del barrio o localidad de residencia, se constituye en uno de los factores o determinantes del envejecimiento activo según la conceptualización de la Organización Mundial de la Salud propuesta en 2002.

El estudio se ha abordado mediante una aproximación teórico-aplicada, apoyada tanto en la bibliografía como en las fuentes secundarias de encuestas representativas y censos de población de cada país. El análisis se ha basado en la descripción temática a partir de un reducido número de variables, sólo aquéllas que han permitido el cotejo de situaciones entre los países analizados.

Entre los hallazgos relevantes de este capítulo está el hecho de que la población adulta mayor reside, generalmente, en viviendas de su propiedad en los tres países estudiados. Ello puede explicarse porque en ese estadio del ciclo vital ya se ha tenido el tiempo suficiente como para haber adquirido una vivienda propia. Otra observación a destacar es que los mayores suelen residir en viviendas relativamente grandes, pero en hogares de reducido tamaño (especialmente en Argentina y España). La evolución de la estructura del hogar según el ciclo de vida, por un lado, pero también el deseo de independencia residencial, tanto de los hijos como de los propios mayores, podría estar en la base de esta situación. En cuanto al equipamiento o servicios propios de una vivienda, como indicadores a partir de los cuales se puede conocer la calidad de la misma, se ha revelado que hay una serie de dotaciones que están muy extendidas; pero otras consideradas muy necesarias para las personas de mayor edad, como el ascensor y la calefacción, no se encuentran disponibles en muchas de estas viviendas.

Limitaciones metodológicas. Las fuentes disponibles, si bien ricas en información para el conocimiento de la situación residencial en cada país, no garantizan un examen comparativo de la realidad objeto de estudio por la carencia de indicadores comparativos. Tampoco ha sido posible utilizar variables de percepción o subjetivas, que hubieran permitido conocer el nivel

de satisfacción de los mayores con su entorno residencial en el contexto de los estudios de bienestar y calidad de vida.

Otra de las limitaciones de este estudio ha derivado de la forma de extracción de datos mediante tablas elaboradas en lugar de utilización de microdatos, lo que ha impedido el cruce y asociación entre variables así como análisis estadísticos multivariados; ello hubiera facilitado el conocimiento de los factores que subyacen en la calidad residencial y la satisfacción de los individuos con su espacio físico de vida.

Líneas de investigación futuras. Estudios posteriores habrán de solventar las limitaciones aquí observadas mediante el diseño y realización de encuestas *ad hoc*, en las que se recabe tanto información objetiva como autoreportada sobre aspectos del entorno residencial, pero también de posibles factores determinantes de tipo personal, social, estilo de vida, salud y funcionamiento, recursos y acceso a servicios en el entorno de residencia. Otros temas de estudio futuro serían: a) determinar las condiciones favorables o desfavorables del entorno residencial, tanto de la vivienda como del barrio o localidad de residencia, en cuanto a ubicación, tipología, estructura de la vivienda, dotaciones de la vivienda, infraestructuras y servicios del barrio, etc., y su impacto sobre la población adulta mayor según sus circunstancias de salud y funcionamiento; b) estudiar la accesibilidad y movilidad en el entorno residencial: qué aspectos funcionales de la vivienda y del entorno residencial relacionados con las facilidades de acceso y movilidad (barras de apoyo, tipos de pisos, altura de muebles, disposición y tamaño de puertas, rampas salva-peldaños, sillas motorizadas salva-escaleras, etc.) son necesarios para facilitar la seguridad de los residentes y el envejecimiento en casa como forma ideal de envejecer; c) examinar la interacción familiar y social en el barrio o localidad de residencia; d) influencia de los elementos objetivos y subjetivos del entorno residencial (vivienda, barrio y vecinos) en la satisfacción residencial como dimensión de calidad de vida en la vejez.

7.5. Arreglos familiares

El estudio de las estructuras familiares, a través de los hogares, resulta relevante para comprender las dinámicas demográfica y social en las que se encuentran las personas de mayor edad y es esencial para orientar las políticas públicas específicas. En ese sentido, el objetivo fundamental de este apartado fue establecer las diferencias entre los tres países partiendo de la hipótesis del entorno social y cultural como condicionante esencial en la conformación de las estructuras familiares y de hogares.

Los resultados mostraron las diferencias en los arreglos familiares de los países de acuerdo con su envejecimiento demográfico y con sus contextos culturales, sociales y económicos. Ejemplo de ello fue la alta presencia, entre la población adulta mayor mexicana, de hogares extensos, lo que coincide con un patrón cultural determinado, pero también con el menor avance en su transición demográfica en comparación con Argentina y España. En éstos últimos países, el arreglo familiar que predomina entre la población adulta mayor es el nuclear, asociado con la presencia de parejas solas cuya interpretación se relaciona con el envejecimiento de su población y también con una mayor extensión de ingresos derivados de pensiones de la seguridad social lo que facilitaría un modo de vida más independiente.

Limitaciones metodológicas. Las limitaciones existentes para la comparabilidad entre las diversas fuentes de datos de los países seleccionados sólo hace posible el análisis de aquellas

variables con rasgos similares o que de alguna manera posibiliten la agrupación en categorías comparables, particularmente el tipo de hogar, que presenta uno de los mayores retos para la comparabilidad, puesto que en cada país se tienen configuraciones distintas en los arreglos familiares. Además, la accesibilidad a las bases de datos es un tema de importancia central, pero también su manejo adecuado mediante conceptualizaciones comparables a partir de hipótesis compartidas.

Líneas de investigación futuras. El análisis de los arreglos familiares requiere de investigaciones que permitan conocer las condiciones de la población adulta mayor que vive sola. La hipótesis fundamental, como se ha indicado en el capítulo, es que conforme se avanza en la edad muchas de las personas pueden tener menor capacidad para realizar sus actividades cotidianas, y ello debido a un posible incremento de diferentes grados de necesidad para resolver las cuestiones de la vida cotidiana y/o dependencia.

Adicionalmente a la composición de los hogares se hace necesario profundizar en el papel que tienen las redes de apoyo informales, tanto familiares como no familiares, en las condiciones de vida de las personas mayores. En este capítulo no ha sido posible considerar a la familia más allá del hogar, pero sin duda es un punto que queda pendiente por analizar; ello permitirá conocer la incidencia de este tipo de redes en los arreglos familiares de la población adulta mayor y de los apoyos públicos a estas familias para sustentar a los mayores en su seno.

7.6. Salud, capacidad funcional y servicios sanitarios

La salud, entendida como “estado de completo bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de enfermedad” establecida así por la Organización Mundial de la Salud desde 1948, se constituye en uno de los dominios más importantes para la calidad de vida y, por tanto, para el envejecimiento activo. Desde esta perspectiva, el objetivo de este capítulo fue aproximar el estudio comparado de las condiciones de salud, en su significado más amplio y multidimensional, incluyendo la dimensión subjetiva de la salud perceptual y su tratamiento como constructo continuo que incorpora la morbilidad y la capacidad funcional. Asimismo, se han mostrado los rasgos generales de la cobertura sanitaria y el acceso efectivo o utilización de los servicios sanitarios. La investigación se ha realizado consultando las encuestas generales que, sobre salud de la población y sus factores determinantes, se realizan en cada uno de los países investigados.

Entre los hallazgos más relevantes destaca que la salud percibida fue peor entre la población mayor en México, en contraposición a Argentina, quedando España en un nivel intermedio. En los tres países, las dolencias más prevalentes tienen que ver con la hipertensión arterial y la hipercolesterolemia, importantes factores de riesgo para la mortalidad relacionada con el sistema circulatorio y cardiovascular. Por lo que respecta a la capacidad funcional, es difícil aportar conclusiones comparables, motivado por la forma de valoración en cada país. Pero, en cualquier caso, la afectación fue siempre mayor entre las mujeres y se incrementa con la edad. Los datos generales sobre gasto en salud, densidad de médicos o camas hospitalarias por mil habitantes muestran también una peor situación en México, y, en cambio, ratios similares en Argentina y en España. En consecuencia, la cobertura sanitaria es universal y gratuita por ley en estos dos países, mientras en México el sistema de cobertura sanitaria continúa segmentado. También una evaluación comparable del nivel de utilización de servicios sanitarios en los tres países se muestra compleja debido a la falta de información disponible

para todos los tipos de servicios en los tres países, y a las diferencias en los períodos de referencia o el grupo etario evaluado.

Limitaciones metodológicas. Las limitaciones más importantes encontradas para la elaboración de este capítulo han tenido que ver con la falta de disponibilidad de datos comparables procedentes de registros y encuestas ad hoc, que tienen la finalidad del seguimiento en cada país de aquellos aspectos relacionados con sus políticas de salud. Esta falta de comparabilidad influye no sólo en el año de levantamiento de las encuestas consultadas, sino también en la población a la que se destina, los formatos de las preguntas y los períodos de referencia. Por esta razón, se ha realizado un análisis descriptivo y de referencia contextual, sin pretender análisis más complejos. Los resultados se han referido a población con 65 y más años, ocasionalmente diferenciando por sexo y focalizando sobre cada país.

Otra limitación importante fue la no inclusión de los denominados determinantes sociales de la salud, considerando como tales indicadores socioeconómicos relativos al nivel educativo y de ingresos, la clase social, la relación con la actividad, o el entorno residencial como variables de cruce.

Líneas de investigación futuras. Obtener medidas comparables para valorar adecuadamente las condiciones y las desigualdades sociales en salud y su influencia en el envejecimiento activo, en relación con otros componentes de la calidad de vida de las personas, como son la familia y la red social, los recursos económicos, la participación y el entorno residencial, entre otros.

7.7. Síntesis final

En este apartado se ha presentado una síntesis de todos los capítulos y de las limitaciones referidas al tratamiento técnico-metodológico de la información. También son anotadas propuestas para avanzar en líneas de investigación futura sobre el envejecimiento activo y otras formas de vejez desde una perspectiva comparativa en los países de estudio y otros del ámbito iberoamericano. Pero para ello, y como se ha señalado más arriba, sería preciso afrontar el diseño de fuentes de datos homogéneas, de tipo transversal y longitudinal, que se focalicen en las dimensiones del envejecimiento activo como determinante de la calidad de vida en la vejez. Resultados y conclusiones obtenidos al amparo de este tipo de estudios, de la aplicación de una metodología rigurosa y del diseño y uso de fuentes comparables, constituirán la información básica para orientar la planificación y adopción de políticas en relación al proceso de envejecimiento, las condiciones de vida en la vejez y el mantenimiento de los mayores en su entorno habitual de envejecimiento, evitando retratar la institucionalización en respuesta a los deseos de envejecer en casa.

8.1. División territorial en provincias de los tres países

Argentina



SRG: WGS84. EPSG: 4326.
Autor: iLink0580.USIG.CCHS.CSIC

0 200 400 600 800 Kilómetros

España



México



SRG: WGS84. EPSG: 4326.
Autor: iLink0580.USIG.CCHS.CSIC

0 200 400 600 800
Kilómetros

8.2. Índice de figuras

FIGURA 2.1. MAYORES DE 64 AÑOS (%) EN EL MUNDO, AMÉRICA LATINA (POR PAÍSES), ESPAÑA Y EEUU. 2013	35
FIGURA 2.2. PIRÁMIDES DE POBLACIÓN. ARGENTINA, MÉXICO, ESPAÑA (2010)	38
FIGURA 2.3. TASA DE MORTALIDAD INFANTIL EN LOS TRES PAÍSES-.....	42
FIGURA 2.4. EVOLUCIÓN DE LA ESPERANZA DE VIDA AL NACER	43
FIGURA 2.5. EVOLUCIÓN DE LAS TASAS BRUTAS DE NATALIDAD Y DE MORTALIDAD	44
FIGURA 2.6. PORCENTAJE DE 60 AÑOS Y MÁS EN ARGENTINA SEGÚN PROVINCIAS	48
FIGURA 2.7. % DE 60 AÑOS Y MÁS EN ESPAÑA SEGÚN PROVINCIAS	49
FIGURA 2.8. % DE 60 AÑOS Y MÁS EN MÉXICO SEGÚN PROVINCIAS	50
FIGURA 2.9. NÚMERO DE PERSONAS DE 60 AÑOS Y MÁS EN ARGENTINA SEGÚN PROVINCIAS.....	51
FIGURA 2.10. NÚMERO DE PERSONAS DE 60 AÑOS Y MÁS EN ESPAÑA SEGÚN PROVINCIAS.....	52
FIGURA 2.11. NÚMERO DE PERSONAS DE 60 AÑOS Y MÁS EN MÉXICO SEGÚN PROVINCIAS	53
FIGURA 3.1. POBLACIÓN CON 60 AÑOS Y MÁS OCUPADA, PARADA E INACTIVA PARA ARGENTINA (2013), ESPAÑA (2013) Y MÉXICO (2010)	63
FIGURA 3.2. CATEGORÍAS DE LA POBLACIÓN INACTIVA CON 60 AÑOS Y MÁS EN ARGENTINA (2013), ESPAÑA (2013) Y MÉXICO (2010).	65
FIGURA 3.3. SECTOR DE ACTIVIDAD DE LA POBLACIÓN CON 60 AÑOS Y MÁS EN ARGENTINA (2013), ESPAÑA (2013) Y MÉXICO (2010).	67
FIGURA 3.4. POSICIÓN EN LA OCUPACIÓN DE LA POBLACIÓN CON 60 AÑOS Y MÁS EN ARGENTINA (2013), ESPAÑA (2013) Y MÉXICO (2010).	70
FIGURA 3.5. SITUACIÓN PROFESIONAL DE LA POBLACIÓN CON 60 AÑOS Y MÁS EN ARGENTINA (2013), ESPAÑA (2013) Y MÉXICO (2010).	71
FIGURA 3.6. NIVELES DE INGRESOS DE LA POBLACIÓN CON 60 AÑOS Y MÁS EN ARGENTINA (2013), ESPAÑA (2011) Y MÉXICO (2010)	73
FIGURA 4.1. CONCENTRACIÓN DE LA POBLACIÓN POR GRANDES GRUPOS DE EDAD SEGÚN EL TAMAÑO DEL MUNICIPIO DE RESIDENCIA, ARGENTINA (VALORES ABSOLUTOS).....	87
FIGURA 4.2. CONCENTRACIÓN DE LA POBLACIÓN POR GRANDES GRUPOS DE EDAD SEGÚN EL TAMAÑO DEL MUNICIPIO DE RESIDENCIA, ARGENTINA (VALORES RELATIVOS)	87
FIGURA 4.3. CONCENTRACIÓN DE LA POBLACIÓN POR GRANDES GRUPOS DE EDAD SEGÚN EL TAMAÑO DEL MUNICIPIO DE RESIDENCIA, ESPAÑA (VALORES ABSOLUTOS).....	88
FIGURA 4.4. CONCENTRACIÓN DE LA POBLACIÓN POR GRANDES GRUPOS DE EDAD SEGÚN EL TAMAÑO DEL MUNICIPIO DE RESIDENCIA, ESPAÑA (VALORES RELATIVOS)	88
FIGURA 4.5. CONCENTRACIÓN DE LA POBLACIÓN POR GRANDES GRUPOS DE EDAD SEGÚN EL TAMAÑO DEL MUNICIPIO DE RESIDENCIA, MÉXICO (VALORES ABSOLUTOS), 2010.....	89
FIGURA 4.6. CONCENTRACIÓN DE LA POBLACIÓN POR GRANDES GRUPOS DE EDAD SEGÚN EL TAMAÑO DEL MUNICIPIO DE RESIDENCIA, MÉXICO (VALORES RELATIVOS), 2010	89
FIGURA 4.7. POBLACIÓN ADULTA-MAYOR SEGÚN EL RÉGIMEN DE TENENCIA DE LA VIVIENDA (EN %)	91
FIGURA 4.8. POBLACIÓN ADULTA-MAYOR SEGÚN TAMAÑO DE LA VIVIENDA (NÚMERO DE HABITACIONES) (%).....	93
FIGURA 5.1. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN TOTAL POR TIPO DE HOGAR.....	109
FIGURA 5.2. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR POR TIPO DE HOGAR.....	109

8.3. Índice de tablas

TABLA 2.1. INDICADORES SOCIODEMOGRÁFICOS BÁSICOS	37
TABLA 2.2. ÍNDICE DE ENVEJECIMIENTO DESDE 1960 A 2010 EN ARGENTINA ESPAÑA Y MÉXICO	39
TABLA 2.3. PORCENTAJE DE LA POBLACIÓN DE 65 Y MÁS AÑOS NACIDA EN EL EXTRANJERO EN ARGENTINA, ESPAÑA Y MÉXICO	46
TABLA 2.4. % DE POBLACIÓN DE 65 AÑOS Y MÁS EN ENTIDAD RURAL	47
TABLA 4.1. RELACIÓN DE FUENTES UTILIZADAS Y COMPARABILIDAD DE LA INFORMACIÓN	85
TABLA 4.2. POBLACIÓN ADULTA MAYOR SEGÚN EL TIPO DE VIVIENDA DE RESIDENCIA (EN %)	92
TABLA 4.3. POBLACIÓN ADULTA-MAYOR SEGÚN LA TENENCIA DE DOTACIONES EN LA VIVIENDA (EN % SOBRE TOTAL POBLACIÓN CON 60 O MÁS AÑOS)	95
TABLA 5.1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR (%).....	106
TABLA 5.2. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN TOTAL SEGÚN NÚMERO DE MIEMBROS EN EL HOGAR	107
TABLA 5.3. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN CON 60 AÑOS O MÁS SEGÚN NÚMERO DE MIEMBROS EN EL HOGAR	108
TABLA 5.4. NÚMERO DE ADULTOS MAYORES POR HOGAR (%)	108
TABLA 6.1. ESTADO DE SALUD PERCIBIDO POR LA POBLACIÓN CON 65 Y MÁS AÑOS (*) (%).....	118
TABLA 6.2. PERSONAS CON 65 Y MÁS AÑOS QUE REFIEREN PROBLEMAS O ENFERMEDADES CRÓNICAS PADECIDAS Y DIAGNOSTICADAS POR UN MÉDICO (SELECCIÓN COMPARADA) (%).....	120
TABLA 6.3. POBLACIÓN CON 65 Y MÁS AÑOS QUE REFIERE DIFICULTADES PARA REALIZAR ACTIVIDADES DE CUIDADO PERSONAL, LABORES DOMÉSTICAS Y MOVILIDAD (ACTIVIDADES SELECCIONADAS) (%)	122
TABLA 6.4. ALGUNOS DATOS GENERALES SOBRE LA SANIDAD EN LOS PAÍSES CONSIDERADO	124
TABLA 6.5. COMPARATIVA DE UTILIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD (*)	125

