



VOL: AÑO 10, NUMERO 29

FECHA: SEPTIEMBRE-DICIEMBRE 1995

TEMA: POBREZA, CONDICIONES DE VIDA Y POLITICAS SOCIALES

TITULO: **Condiciones de vida y política social para la población de la tercera edad**

AUTOR: *María Teresa Esquivel Hernández María Cristina Sánchez-Mejorada* [*]

SECCION: Artículos

RESUMEN:

En las próximas décadas México se enfrentará a un proceso acelerado de envejecimiento de su población como resultado de la disminución de la mortalidad y del consiguiente aumento en la esperanza de vida de su población. Este proceso tendrá una serie de efectos socioeconómicos importantes como son, entre otros, el aumento del gasto en salud, en los equipamientos y en la infraestructura médica, así como en la producción de vivienda. El aumento del número de ancianos con respecto al número de personas en edad de trabajar implicará también una significativa carga económica para la fuerza de trabajo. Todo ello obliga a prestar atención en la dinámica del crecimiento de la tercera edad, con el fin de contar con elementos para la elaboración de políticas demográficas, económicas y sociales.

ABSTRACT:

Life Conditions and Social Policies for Elderly People

In the following decades, Mexico will have to face a quickening process of ageing of its population as a consequence of the diminishing of mortality and the resulting increase of life expectations. This process will imply a series of important social and economical effects such as the raise and betterment of health budget and equipment, medical infrastructure, as well as housing production, amongst others. The increasing number of the elderly regarding the number of persons in working age, also involves a heavy economical burden on the labour force. All this means that attention should be paid on the dynamic growth of the elderly, in order to deploy resources for the creation of better demographic, economical and social policies.

TEXTO

Importancia del estudio de la tercera edad

El envejecimiento de la población es actualmente un fenómeno mundial, es decir, en todos los países se ha dado un aumento paulatino pero constante de la población mayor de 60 años. De acuerdo con ciertas proyecciones, en los 75 años que irán de 1950 a 2025, la población anciana del planeta se sextuplicará (Schulz, 1992: 14). Esta situación genera preocupación en las diferentes regiones por las implicaciones que esta población está trayendo consigo sobre el gasto social, las políticas sociales, el mercado de trabajo y la economía.

México, al igual que otros países, ha entrado ya a esta transición demográfica [1] y ahora nos encontramos en los albores del siglo XXI ante una pirámide de edades que acusa un incremento porcentual de la población de la denominada tercera edad.

Los efectos del envejecimiento en la vida socioeconómica son diversos, entre ellos podemos mencionar el cambio fundamental que tendrá la estructura del consumo y del gasto (por ejemplo, un incremento en la producción de farmacéuticos y la declinación de servicios de educación, transporte, etc.). Otro efecto es el aumento del gasto en salud, en los equipamientos y la infraestructura médica, así como en la producción de vivienda. El aumento del número de ancianos con respecto al número de personas de 15 a 59 años de edad impondrá, a su vez, una significativa carga económica a la fuerza de trabajo, lo que reviste especial importancia para la elaboración de políticas demográficas, económicas y sociales.

El aumento en las dimensiones del grupo de ancianos es motivo de especial preocupación para el sector de la salud. En conjunto, los ancianos son menos sanos que los miembros más jóvenes de la sociedad, hacen mayor uso de los servicios de salud y provocan más gastos. De ahí la importancia de conocer la dinámica de este grupo con la finalidad de diseñar y aplicar una amplia gama de políticas a fin de lograr que el anciano pueda vivir sus últimos años digna y cómodamente, sin imponer un gasto excesivo a la sociedad.

Las necesidades sociales de los ancianos han sido satisfechas a través de diversas formas, en donde los programas públicos, los servicios voluntarios, las redes familiares, las iniciativas del sector privado y de los propios recursos de los individuos son elementos fundamentales para encarar el problema. Sin embargo, son pocos los estudios que identifican los factores que paulatinamente van exterminando las formas tradicionales de apoyo familiar. En la actualidad, los cambios en la estructura familiar están produciendo un entorno muy diferente con un papel distinto para las nuevas generaciones de viejos. Estas transformaciones tienen una influencia definitiva en el bienestar socioeconómico y en la salud física y mental de las personas senescentes. Si a esto agregamos la crisis económica y la expansión inadecuada de los servicios sociales de salud, nos damos cuenta de que varias situaciones adversas influyen en las personas de edad.

Además, el paulatino incremento de este grupo requerirá de programas sociales que contemplen los esquemas de pensión, sistemas de cuidado de la salud y otros servicios sociales para los ancianos, provocando una reorientación del gasto social destinada a la población joven.

En culturas anteriores se valoraba al anciano como fuente de sabiduría y de conocimiento. Actualmente existe una falta de comprensión relacionada con la inevitabilidad de envejecer. Es común definir al anciano con base en un criterio cronológico y se soslayan las dimensiones psicológica y social. Si bien existen ciertos cambios somáticos y psicológicos asociados con el proceso normal de envejecimiento, como por ejemplo, la pérdida progresiva de la memoria y de las destrezas físicas, la idea del envejecimiento es un prejuicio dentro de un sistema de valores que exalta a la juventud como sinónimo de éxito y buena salud física y mental. Los propios viejos aceptan este proceso normal como una enfermedad y su salud física y mental se ve seriamente afectada por esta situación. Una actitud positiva, así como una adaptación y optimización están relacionadas con una buena salud mental y los mantiene integrados a la sociedad en condiciones físicas óptimas, contribuyendo al desarrollo y al bienestar socioeconómico. De ahí la importancia de fomentar valores y actitudes humanas hacia el envejecimiento.

Por lo poco que se conoce, se puede afirmar que la población anciana de México es un grupo particularmente pobre, que vive en condiciones desventajosas en relación a los otros sectores demográficos, lo que lo convierte en un grupo especialmente vulnerable de la sociedad.

El recrudecimiento de la pobreza en América Latina ha sido resultado de diversos factores entre los que destacan por un lado, el déficit fiscal y el pago de la deuda externa; y por el otro, la adopción de modelos neoliberales cuyo efecto han sido los reajustes macroeconómicos como la reducción de subsidios en alimentos, servicios urbanos y en general al gasto social, situación que ha provocado impactos negativos en las condiciones de vida de la población, afectando de manera particular a los sectores más vulnerables de la sociedad, entre los que destaca la población de la tercera edad.

Diversos estudios plantean lo que denominan la transmisión generacional del estatus del pobre, señalando que "la situación de nacer y vivir la infancia, y por lo menos parte de la juventud, en hogares que se organizan en torno a pautas de carencia, ciertamente ejerce una gran influencia en la situación biográfica de la persona, que hereda rasgos (cuando no la totalidad, lo que es más frecuente) del atributo de ser pobre" (Salles, 1994: 57).

Si bien la pobreza significa privación, es decir, no satisfacción de las necesidades materiales, es importante conocer la situación de pobreza de los ancianos, es decir sus condiciones de vida con el fin contar con elementos que permitan enfrentar una realidad en proceso de crecimiento y de empobrecimiento.

El presente artículo parte de una revisión bibliográfica sobre la población de la tercera edad y centra el análisis en las condiciones de vida de este grupo, para lo cual nos basamos las autoras en los datos que arroja la Encuesta Nacional sobre la Sociodemografía del Envejecimiento en México, realizada en 1994 por iniciativa del Consejo Nacional de Población (CONAPO) y del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF).

El artículo está integrado por tres apartados. En el primero se realiza un análisis del proceso de envejecimiento en el mundo, en América Latina y en México, con el fin de comprender los elementos que han incidido en cada momento para conformar la particular distribución por edades de la población y su comportamiento futuro. El segundo apartado destaca las condiciones de vida de la población de la tercera edad en México, a partir de los datos que arroja la Encuesta señalada. Finalmente, en el tercero se analiza la política social de México para los ancianos.

1. El proceso de envejecimiento en el mundo, en América Latina y en México

El proceso de urbanización experimentado en el mundo trajo consigo un cambio importante en las condiciones de vida de la población, principalmente de aquélla que vive en ciudades. En los países industrializados, el desarrollo económico, el avance de la tecnología médica y la expansión y el mejoramiento de los servicios de salud y de seguridad social, así como las mejoras en las condiciones de las viviendas y el aumento del nivel educativo de la población, entre otros avances, provocaron cambios significativos en las tasas de natalidad, morbilidad y mortalidad y, como consecuencia, el incremento significativo la esperanza de vida al nacer. [2]

Este fenómeno conocido como transición demográfica, dio comienzo en los países desarrollados desde el siglo XVIII y se inició con el descenso de la mortalidad, que implicó un crecimiento de la población desde los últimos tres cuartos del siglo XIX. La fecundidad, por su parte, también empezó su proceso descendente desde el último cuarto del siglo

XIX hasta la Segunda Guerra Mundial, ocasionando un crecimiento lento de la población. En las décadas sesenta y setenta la población en edad de trabajar de estos países aumentó rápidamente, y con el paso del tiempo este grupo de población se ha ido incorporando paulatinamente a la denominada tercera edad.

Así, mientras la mayoría de los países desarrollados han concluido su transición demográfica, en gran parte del mundo en desarrollo ésta se encuentra en sus primeras etapas.

El efecto más evidente de que haya concluido la transición demográfica es el proceso de envejecimiento de la población. [3] Este es un proceso gradual en el que la proporción de adultos y ancianos aumenta en una población, al tiempo que disminuye la proporción de niños y adolescentes. Como se señaló, el envejecimiento ocurre cuando descienden las tasas de fecundidad, en tanto que permanece constante o mejora la esperanza de vida hacia edades más avanzadas.

En 1990 los mayores de 60 años en el mundo alcanzaron los 489 millones, de los cuales el 58% habitan en países en desarrollo y el restante 42% en países desarrollados. De acuerdo a las proyecciones de Naciones Unidas, la población mayor de 60 años en el año 2010 ascenderá a 762.7 millones y a 1,197 millones para el 2025, absorbiendo los países en desarrollo el 72% de los ancianos del mundo (CONAPO, 1994) (cuadro 1).

La mitad de la población anciana del mundo se encuentra en Asia, seguida de Europa y América del Norte. Para conocer el peso diferencial de la población mayor de 60 años, baste señalar que en los países desarrollados, en donde habita el 23% de la población mundial, reside el 42% de los ancianos. Los contrastes son impresionantes; así, mientras los mayores de 65 años ascienden a 17% en Suecia (el país más envejecido del mundo), en poblaciones jóvenes como la India y la mayor parte de los países africanos su peso porcentual es menor al 3% (CONAPO, 1994).

Cuadro 1. Población de 60 años y más por grandes regiones, 1950-2025 (miles)

1.1 América Latina

Para el caso de América Latina, como resultado de una tendencia iniciada hace apenas unos años, su población empieza a experimentar un claro y sostenido proceso de envejecimiento. Las tendencias esperadas para la población de América Latina son las siguientes: el grupo de 0 a 14 años de edad se reducirá notablemente (del 39.8% en 1980 al 29% en 2025); el grupo de 15 a 59 años de edad se incrementará del 53.8% en 1980 al 60.2% en 2025. Finalmente, el grupo de la denominada tercera edad aumentará significativamente al pasar del 6.4% en 1980 al 10.8% en 2025 (Anzola-Pérez, 1985).

Se prevé que para el conjunto de países de América Latina, aumentará 7.7 años la esperanza de vida al nacer al pasar de 64.1 años en 1980-1985 a 71.8 en 2020-2025.

La razón de dependencia [4] es una medida muy utilizada para valorar el impacto económico del envejecimiento de la población. Permite percibir cuán enorme será el peso económico que tendrán que soportar los sectores productivos de la población de cumplirse las proyecciones demográficas. De acuerdo con datos de la ONU, la razón de dependencia en América Latina disminuirá conforme nos acerquemos al año 2025, debido a la reducción que se opera en la razón de dependencia juvenil [5] (que pasa de 74 en 1980 a 48 personas menores de 15 años por cada 100 personas en edad laboral). Sin embargo, la razón de ancianos dependientes [6] se elevará al pasar de 12 en 1980 a 18 en 2025.

1.2 Características de la población de la tercera edad en México

La disminución de la mortalidad a fines de los años cuarenta y de la fecundidad dos décadas después, ha impactado de manera importante la estructura por edad de la población mexicana, que se caracteriza por una reducción proporcional de los primeros grupos, un incremento importante de la población en edad de trabajar y un aumento de la proporción de personas de edad avanzada. Así, de acuerdo con datos de Naciones Unidas, el grupo de 0 a 14 años de edad disminuye su peso proporcional al pasar del 44.6% de la población en 1980 a sólo 26.8% en el 2025. Por su parte, el grupo de 15 a 59 años aumenta su peso al pasar de 50.2 a 63.1%, como efecto de las grandes generaciones nacidas antes de los setenta. Por último, el grupo de la tercera edad aumenta considerablemente su peso al representar el 5.1% en 1980 y el 10.1% hacia 2025, lo que en números absolutos es pasar de 3.5 millones a 17.5, o sea un incremento neto de 13,922 personas ancianas (Anzola-Pérez, 1985) (cuadro 2).

Cuadro 2. México: estructura de la población por grandes grupos 1980, 2000, 2025

"En 1950 un varón recién nacido en México se estimaba que tenía una probabilidad de 44.9% para alcanzar los 60 años de edad, mientras que en el caso de una niña la cifra era de 52.2%. En 1960 las estimaciones eran de 58.3% y 65.5%, respectivamente; en 1970, las probabilidades se elevaron a 62.8% y 70.3%; en 1980 eran de 67.6% y 79.1%, y en 1990 las cifras llegaron hasta 73.8% y 83.7%" (CONAPO, 1994). Este comportamiento demográfico es el resultado de los cambios en las patrones de mortalidad y da lugar a un aumento en la esperanza de vida de la población.

Los avances en salud pública, aunque centrados en el bienestar materno-infantil, han alcanzado a la población total. Baste analizar la esperanza de vida en las edades envejecidas. Tenemos que en 1950 un hombre de 60 años tenía una esperanza de vivir 14.5 años más y una mujer de la tercera edad tenía una esperanza de 15.6 años; para 1960 se incrementan estos valores a 16.1 y 16.9 respectivamente hasta alcanzar en 1990, 19.2 y 21.4 años de vida (CONAPO, 1994).

Es importante apuntar que en el futuro inmediato la población absoluta que conformará la tercera edad estará determinada por la población ya existente y por el comportamiento de las tasas de mortalidad. De ahí la importancia de conocer los volúmenes de la población mexicana y sus estructuras por edad, con la finalidad de pronosticar los niveles y ritmos en el envejecimiento demográfico.

El paulatino incremento de la población anciana queda de manifiesto al analizar los datos arrojados por los censos de población y vivienda. Así, la población de 60 años y más pasó de 1.4 millones en 1950 (5.5% de la población) a casi 5 millones de personas en 1990, y pasará a poco menos de 36 millones en el año 2025, en donde representará el 24.3% de la población total. Estamos hablando de un incremento de 30 millones de ancianos de 1990 al 2025.

La razón de ancianos dependientes, por efecto de la estructura por edad, aumentará de 10 a 11.2 ancianos por cada 100 personas en edad laboral. Sin embargo, dado el aceleramiento del proceso de envejecimiento de la población, este indicador aumentará a 13.8 en 2010, a 25.4 en 2030 y a 43.2 personas ancianas por cada 100 en edad de trabajar, lo que implicará un muy alto peso que tendrá que soportar la población en edad económicamente productiva.

2. Condiciones de vida de la población de la tercera edad en México [7]

La vejez se refiere a esa última etapa de la vida asociada a funciones fisiológicas que se deterioran y aptitudes socioeconómicas que disminuyen, condiciones que orientan a pensar en la modificación y pérdida de roles sociales y familiares, obsolescencia e incapacidad para el trabajo, fragilidad en la salud y dependencia emocional y económica de la familia y la sociedad (ENSE, 1994: 28). Pero ¿hasta qué punto se han modificado estos roles?, ¿cómo y con quién viven los ancianos?, ¿cuál es su nivel de dependencia?, ¿cuáles son sus condiciones de empleo, ingresos, salud, y en general sus condiciones de vida? Responder a estas interrogantes y ofrecer un breve panorama de las condiciones de vida de la población mayor de 60 años, que de manera natural y social ha visto mermada la calidad de su vida, y paradójicamente resulta ser producto de su propia existencia, es el objetivo del presente apartado. Todo ello sin olvidar que el envejecimiento remite a un grupo de población bastante heterogéneo, y su proceso está determinado por una serie de diferenciales histórico-culturales, regionales y socioeconómicas que lo hacen complejo.

2.1. Estructura de la población por edad y sexo

A partir de los 5,159 ancianos encuestados podemos identificar, como era de esperarse por el propio proceso de envejecimiento, que la mitad de la población de la tercera edad se ubica en el grupo que tiene entre 60 y 69 años de edad (55.5%), aunque desde luego no hay que desdeñar el 29% que tiene entre 70 y 79 años y el 16.5% que pasa de los 80 años, grupos que en las últimas décadas se han incrementado notablemente, con el aumento de la esperanza de vida.

Un fenómeno universalmente identificado es que las mujeres viven más que los hombres, a pesar de los eventos de su propia historia de vida donde concurren múltiples embarazos, desnutrición, doble y hasta triple jornada de trabajo, etc.. En nuestro país, como en el mundo entero, es también notable la preponderancia de la mujer en todos los grupos de edad. [8] Así, encontramos que del total de ancianos encuestados el 46.3% son hombres y el 53.7% mujeres. Curiosamente, es en el grupo de los llamados ancianos jóvenes (hasta 75 años) donde la diferencia a favor de las mujeres es de 6%, en tanto en el grupo de ancianos viejos (75 y más años) la diferencia a favor de las mujeres sólo es de 1.2%.

2.2 Estructura familiar, descendencia y ciclo de vida

En México, dice Margarita Nolasco, la familia conforma una unidad parentescal de tipo nuclear, patrilineal, patriarcal y neolocal integrada en forma usual por 5 o 6 individuos. En el campo y para la agricultura tradicional, esta familia mexicana es la unidad de producción y de consumo. En la ciudad y para la agricultura moderna y mecanizada, la familia conforma la unidad de consumo y el organismo necesario para la reproducción y conservación en buen estado de la mano de obra (Nolasco, 1981: 32).

Los resultados censales han hecho evidente la tendencia de la sociedad a conformarse en familias nucleares (entre 50 y 65%). Estas familias conformadas por padres e hijos tienden cada vez más a excluir a los abuelos del seno familiar y por tanto, el porcentaje de ancianos que viven solos también se ha incrementado.

Sin embargo, a pesar de la preponderancia de las familias nucleares, no podemos dejar de lado lo que diversos estudios han mostrado acerca de la familia extensa en México, en la que las relaciones de solidaridad entre padres e hijos no se ven alteradas drásticamente con el casamiento de estos últimos, sino por el contrario, las expectativas de ayuda mutua y solidaridad permanecen, conformándose así lo que se conoce como la

gran familia: la familia de tres generaciones. Pero veamos qué pasa con los ancianos y sus familias.

En los últimos veinte años se ha incrementado en México el porcentaje de hogares cuyo jefe es un anciano, sobre todo en los hogares no nucleares, que alcanzaban para 1970 un 18%, y en 1990, 26.7%. También resalta el aumento de hogares encabezados por mujeres de 60 años o más: 22.6% en 1970 y 25.7% en 1990 (López, 1993).

A partir de la encuesta podemos identificar el alto porcentaje de ancianos (varones) jefes de hogar (36%), comportamiento que se modifica conforme la edad es más avanzada. Así por ejemplo, el 72% de los que declararon ser jefes de hogar tienen entre 60 y 70 años, edad en la que todavía pueden valerse por sí mismos. En tanto, sólo se encontró un 9% de ancianos que siendo mayores de 80 años se mantienen como jefes del hogar. Por lo que respecta a la mujer anciana, a pesar de que son mayoría, el porcentaje de jefas de hogar se reduce notablemente, alcanzando sólo un 20%.

Por otro lado, el 18% de los encuestados se reconoció como el esposo o cónyuge del jefe de familia y de éstos el 85% son mujeres. Todo ello evidencia la preeminencia del régimen patriarcal; dada la subordinación de la mujer al hombre, ésta sólo se reconoce como jefa cuando el marido se encuentra ausente o totalmente incapacitado.

En total, 59% de hombres y mujeres ancianos afirmaron tener cónyuge [9] y de éstos 96% viven con ella o con él. El 4% restante argumentó que ya no vive con su pareja porque fue abandonada o abandonado (49%), por motivos de salud vive en otro lado (7%) o con otros familiares (24%), y el 20% restante señaló otras y diversas razones.

Del 41% que dijo ya no tener esposo o esposa es principalmente porque enviudó (77%); 8% se encuentra separado de su pareja y 13% nunca se había casado. Con una diferencia del 10% son más las mujeres viudas que los hombres y frente a ellos son menos las que se encuentran separadas o divorciadas.

Ubicar a la población dentro del ciclo de vida familiar resulta interesante en la medida en que las familias con individuos en edad avanzada aún no han concluido su fase de contracción, ya que en algunos casos se ha observado que existen hijos dependientes conviviendo con padres de la tercera edad. En otro caso, las familias están en la etapa de disolución del hogar o "nido vacío". La importancia del ciclo de vida como categoría analítica estriba en que se ha planteado que las necesidades y obligaciones de estos núcleos familiares son de diversa índole. Según la ENSE, la mitad de la población tiene un hijo mayor de alrededor de 40 años y un hijo menor de 25 años. Cabe señalar que sobre la edad del hijo mayor se encuentran casos de hijos que son mayores de 60 años que representan el 5%, y que son los hijos mayores de los viejos octogenarios. Los hijos menores, cuya mayor frecuencia se encuentra en la edad de 25 años, aún pueden ser dependientes de los padres; esa es una fase del ciclo de vida previa a la etapa de disolución planteada por los estudiosos de esta categoría (ENSE, 1994: 82).

Son pocos los ancianos que se reconocieron como padres (11%) o como suegros (8%) del jefe de familia, pero algo que llamó nuestra atención es que si el entrevistado es hombre, sólo en un 6% se identificó como padre del jefe y en un 10% como suegro. En tanto que si es mujer en un 15% de los casos aseguró ser la madre del jefe y en un 5% la suegra. Considerando que la mayor parte de los jefes de hogar son hombres, podemos entender que la tendencia es que las madres se van a vivir preferentemente con los hijos varones y los padres con las hijas.

El 91.4% de la población captada por la ENSE afirmó haber tenido hijos o hijas nacidos vivos. Poco más del 60% respondió haber tenido más de cuatro hijos, predominando, en cerca del 40%, los que tuvieron más de 7. Por lo que respecta a la descendencia, un 15.7% de los ancianos dijeron no tener hijos que les sobrevivan y en 17% son las hijas las que no sobreviven. Independientemente del sexo de los hijos, a poco más del 50% les sobreviven entre uno y tres hijos. Por otro lado, 21% de las ancianas respondieron haber perdido a sus hijos y 20% a las hijas, y al igual que los hombres, les sobreviven de uno a tres hijos o hijas.

En un 50% los senectos respondieron tener entre 11 y 80 nietos o nietas. "Mi abuelita fue hija única y tuvo tres hijas, éstas procrearon 21 nietos, y ahora tiene más de 50 bisnietos" (Gabriela, Marzo 1995).

Las evidencias disponibles indican que, por lo general, las mujeres desarrollan múltiples estrategias para combinar la maternidad con el trabajo; una de éstas es la de apoyarse en familiares, amigas y vecinas. En ese sentido, los abuelos y abuelas e incluso las bisabuelas de los pequeños juegan un papel de suma importancia y un buen apoyo para el cuidado de los niños y en general del hogar, especialmente cuando todavía se encuentran "fuertes y sanas". El 8% de las mujeres entrevistadas vive con sus nietos y sus edades oscilan entre 65 y 75 años, en tanto que sólo 4% de los hombres vive con sus nietos, la mayoría de los cuales tienen entre 75 y 85 años, por lo que se entiende que en este caso más que por estrategia familiar, es por atender al anciano.

Cabe destacar que las relaciones familiares constituyen el eje principal del desarrollo psicosocial de los ancianos. Cuando la convivencia familiar no es agradable los senectos se aíslan, lo que acelera su deterioro mental por la falta de estímulos apropiados.

Luis Leñero señala que sufrimos una inercia sociocultural en la que concebimos a las personas de la tercera edad como caso de excepción, hasta hace poco integrados a una familia extensa, semiextensa o nuclear extendida. En la actualidad los ancianos cada vez son más excluidos de la vida cotidiana de las nuevas generaciones familiares... En otros casos, dice, se aceptan a la fuerza, lo que genera problemas de relación y que el viejo pueda sentirse incómodo por no quedar bien integrado a la dinámica familiar. El asilo aparece entonces como una fórmula de rechazo de los familiares al anciano, que facilita su abandono en muchísimas ocasiones (Leñero, L. 1993: 13).

Pocos son los ancianos que viven solos, representando el 7.6% del total, aunque se observa un comportamiento diferenciado entre hombres y mujeres, ya que en tanto que el 5.7% de los hombres viven solos, las mujeres representan 9.5%. Esto se explica en buena medida porque se ha comprobado que los hombres, en especial por su incapacidad de atender un hogar, mantienen o renuevan algún tipo de relación conyugal en mayor grado que las mujeres. [10] A ello hay que añadir que comúnmente los hombres forman pareja con mujeres de menor edad y que por razones sociales y culturales, les es más fácil formar una segunda pareja después de sufrir una separación o la muerte de su cónyuge. Para las mujeres el perder a su pareja y a los hijos se traduce en mayor medida en un mantenimiento de su soltería. De acuerdo con el Censo de 1990, el porcentaje de ancianos que no cuenta con una pareja es de 7% en todos los grupos quinquenales de la tercera edad.

El 29% de los hogares de los ancianos se encuentra compuesto por dos miembros, prevaleciendo la pareja. En el caso de las mujeres solas también es importante el porcentaje de las que viven con un hijo u otro familiar. El 67% restante vive con familias compuestas por tres o más miembros, predominando con un 35.7% aquéllos que viven en familias con cinco o más miembros. La presencia de un miembro senescente en la familia

desdice que ésta sea nuclear. Además, la convivencia de tres generaciones introduce una nueva dinámica en la cual es palpable la existencia de una redefinición de roles por género y generación (ENSE, 1994: 14).

2.3 Escolaridad

El censo de 1990 reporta al 41% de la población mayor de 60 años sin instrucción primaria, resultando notable la concentración de mujeres. Los datos de la encuesta confirman esto, ya que el 39% de la población señala no tener estudios y un 50% apenas cursó la primaria; sólo 10% alcanzó un grado superior. En general se puede afirmar que los hoy ancianos vivieron experiencias histórico-institucionales diferentes, ya que la educación gratuita y obligatoria se estableció cuando ellos ya formaban parte de la fuerza de trabajo ocupada (Montes de Oca, 1994).

La mujer, por su condición femenina, oprimida y marginada del mundo laboral, no requería realizar ningún estudio, por ello el porcentaje de mujeres sin estudio es 11% mayor que el de los hombres, y tan sólo 45% logró cursar la primaria. Esta situación no les proporciona seguridad alguna en el mercado laboral, orillándolas a participar en trabajos domésticos con mala remuneración. Sin embargo, cabe señalar que las nuevas generaciones de ancianos serán diferentes a las actuales, debido a que su educación fue mejor, pues tuvieron la oportunidad de vivir en otro tipo de sociedad. Este hecho tendrá una importancia predominante en su adaptación y productividad.

2.4 Características de la vivienda

Con relación al diferencial urbano-rural, de acuerdo con el censo de 1990 la población mayor de 60 años se concentra en un mayor número en las ciudades. Si lo comparamos por género, tenemos una mayor proporción de hombres en el campo y de ancianas en las zonas urbanas, lo que puede ser indicativo de un proceso de migración que se origina con la viudez o con la enfermedad en busca de apoyo de familiares o parientes que radican en las ciudades (CONAPO, 1994).

De la población de la tercera edad entrevistada, el 67% radica en áreas urbanas [11] (son más las mujeres 69%), a pesar de que no es alto el índice de movilidad de las cohortes de ancianos entrevistados, ya que la mayoría (65%) lleva diez años o más viviendo en el lugar donde se aplicó la encuesta; sólo el 1.7 no ha cambiado su lugar de residencia.

Los motivos que llevaron a los senectos a cambiar de residencia fueron fundamentalmente tres: porque se casaron, por razones de trabajo y por comodidad. Para ambos sexos la búsqueda de comodidad resultó ser el imperativo principal que justificó el cambio a esa vivienda (38% para los hombres y 36% para las mujeres). En un porcentaje próximo al 10% sobresale que estos ancianos y ancianas compraron el lote o la vivienda, lo que explica el cambio. Un tercer factor que justifica el cambio es el trabajo para los hombres (12.6%) y los problemas económicos para las mujeres (9%). En su eterna disposición para los demás, el 6.5% de las mujeres respondieron que se mudaron por ayudar a la familia (y 4% los hombres) y finalmente por necesidades de cuidado el porcentaje para las mujeres también es más alto: 7.4% contra 5.9% de los hombres.

Un importante porcentaje de las viviendas donde radican los ancianos cuentan con un solo cuarto. En el 40.7% de ellas, viven tres o más personas y en el 12% viven entre 5 y 6 personas, lo que manifiesta un hacinamiento importante. A pesar de que se observa una correlación entre el número de cuartos y número de personas en la vivienda, en promedio se puede decir que corresponde a tres o cuatro personas por cuarto. Se desconoce en

cuantos casos los ancianos disponen de un cuarto para ellos solos, pero suponemos que son contados.

Aunque se encuentra una ligera variación en torno a la tenencia de la vivienda de acuerdo con el sexo de los ancianos, ya que las mujeres en menor número (-2%) son propietarias de su vivienda, se puede decir que en general un 6.5% de ellos rentan y 4.8% la tienen prestada; en el 58.8% de los casos es propiedad de la familia y en 29.3% es propiedad de ellos mismos.

No se dispone del dato sobre si la vivienda que denominan "de la familia" es propiedad de los ancianos y la cedieron a sus hijos, o si es de éstos últimos y dan alojamiento a sus padres. En todo caso en estudios previos [12] hemos identificado la importancia que tiene la propiedad de la vivienda -así se ubique ésta en las zonas más agrestes de la ciudad, sin servicios, etc.,- como patrimonio para los hijos, ya que ella les podrá garantizar un lugar seguro donde vivir, y de donde no van a ser desalojados; un espacio que a la larga podrá ser, aunque lamentablemente no en muchos casos, un refugio para su vejez y un recurso para sobrevivir.

Del total de las viviendas que son propiedad de los ancianos, el 76% cuenta con agua entubada dentro de la vivienda y el 18% cuenta con la tubería fuera de la vivienda, por lo que la almacena en tanques o tambos y de ahí la transporta al interior de la casa; el 6% no dispone de agua entubada. A pesar de que existe una estrecha correlación entre las viviendas que cuentan con agua entubada y las que tienen drenaje conectado a la calle, es mayor el número de viviendas que no cuentan con este último y de acuerdo con la tenencia se observa cierta variación. En general las viviendas que son propiedad del anciano, de su familia o que son prestadas, son las que presentan una mayor carencia de drenaje y agua entubada, a diferencia de las rentadas, lo que nos indica que la propiedad de la vivienda per se no es garantía de mejores condiciones de vida.

Por otro lado, dada la ausencia de una política o de programas destinados a beneficiar al anciano, resulta lógico que sea él o ella quienes cuenten con las viviendas en peores condiciones, pues no tienen recursos y cada vez les resulta más difícil aportar su mano de obra para mantenerla en buen estado o introducir el servicio por su cuenta.

Finalmente, respecto de las condiciones de la vivienda, otro elemento considerado por la encuesta se refiere al número de escalones o peldaños que tienen que subir para llegar a la vivienda, pues ello representa un riesgo inminente. El 22% respondió que sí tenía que subir escaleras o peldaños o muchas veces por la ladera del cerro; por otro lado el 70% de los ancianos no tienen que subir a un segundo piso o a otro nivel dentro de la vivienda, pues carecen de él.

2.5 Participación económica

De acuerdo con los datos de la Encuesta Nacional de Empleo de 1991 y las ENIGH, los hogares con jefes ancianos cuentan con una fuente de ingreso proveniente en un 74% de salarios y sueldos y 26.9% de transferencias entre las que se encuentran las pensiones. Además el 89% de los hombres mayores de 60 años son jefes de hogar en el conjunto de hogares donde vive al menos una persona de esa edad. Lo anterior nos hace suponer que la mayoría de la población de la tercera edad en México forma parte de la oferta de fuerza de trabajo. Según Pedrero (1993), aunque se observa un descenso progresivo en las tasas de participación de la población mayor de 60 años, lo cierto es que hay ancianos que trabajan hasta su muerte, ya que las tasas nunca llegan a cero.

Del total de la población de la tercera edad encuestada se considera que el 30.6% es población económicamente activa y de ésta el 94% se encuentra ocupado. No se requiere de demasiada explicación para entender el comportamiento diferenciado que existe entre hombres y mujeres, ya que de acuerdo a la división genérica del trabajo, a la mujer le corresponde atender a la familia y en general las labores del hogar, las cuales no son reconocidas como trabajo. [13] Es por ello, entonces, que las personas dedicadas al trabajo doméstico caen en la categoría de población económicamente inactiva, la que se ve representada por el 88% de ancianas. De éstas, 76% refiere dedicarse a los quehaceres de su hogar y 7% se encuentra incapacitada. El 12% restante se mantiene económicamente activa y aunque no todas se encontraban ocupadas al aplicarse la encuesta, el 92% sí disponía de trabajo.

Por el lado de los hombres, quienes a pesar de los años siguen siendo los responsables de llevar el gasto al hogar, el 53% sigue activo y de éstos el 95% se mantiene ocupado; el 47% es población económicamente inactiva, de los cuales sólo el 14% se dedica a quehaceres del hogar y un 16% se halla incapacitado. [14]

En el Censo de 1990, los hombres observan tasas de actividad notoriamente mayores en áreas rurales. Así en el rango de edades de 60 a 64 años el 76% se desempeña en el ámbito rural y 56% en el urbano. Lo anterior se explica porque las faenas de la pequeña agricultura tradicionalmente se realizan en el marco familiar, sin cambios rígidos en las tareas y ante la inexistencia de pensiones de retiro (ENSE, 1994: 9). Se ha observado incluso que los ancianos pueden vivir en la ciudad con sus hijos, pero regresan al campo -las más de las veces solos- en la temporada de siembra.

De la población encuestada el 35% realiza actividades en el área rural; los más son jornaleros o trabajan por su cuenta en el campo (29%). Los que radican en áreas urbanas en su mayoría laboran por su cuenta (29%) o son empleados y obreros (18%). Sin pago en el negocio familiar trabajan 5%, y como empleadas domésticas, 3%.

Al analizar este rubro por sexo, se puede observar que la mayoría (49%) de las mujeres trabajan por su cuenta (10 puntos arriba de los hombres) y por ende, son menos las mujeres empleadas u obreras.

La mayor proporción de mujeres en el denominado sector informal pudiera deberse a las dificultades que afronta la mujer -en general, pero que se agudizan para aquéllas en edad avanzada-, principalmente por su baja escolaridad y sus responsabilidades en el ámbito doméstico, para poder ingresar o permanecer en el sector formal. El sector informal presenta menos barreras para el ingreso de la mujer, pero reporta mucho menos ganancias económicas. Por otra parte, este tipo de trabajo les permite atender la necesidad que tienen de equilibrar las funciones de reproducción, prestación de asistencia y mantenimiento del hogar, que les ha impuesto la cultura y la sociedad (Sennott-Miller, 1993).

Las actividades de la población anciana comprendidas dentro del sector terciario se sitúan en el primer lugar con 46%, apareciendo luego el agropecuario (35%) y el de la extracción, construcción y transformación (9%). Los datos desagregados para el sector servicios indican que la rama de actividad más importante es el comercio, pues constituye el 53.5% de ésta. En las dos primeras ramas de actividad los hombres (41 y 11%) rebasan porcentualmente a las mujeres (15 y 2%), pero en lo que respecta a los servicios, la situación es a la inversa (72 y 38.5% para mujeres y hombres respectivamente). Desde otra perspectiva las ramas primaria y terciaria no parecen tener una relación muy clara con la edad, pero en el caso de la rama secundaria es posible ver una disminución en los valores, en la medida en que envejece la población (ENSE, 1994: 71).

El 63% de la población económicamente activa le dedica más de 40 horas de la semana a su trabajo, sobre todo quienes laboran en el campo o por cuenta propia. Las mujeres que tienen que repartir las horas del día entre el trabajo doméstico y el extradoméstico, por lo general dedican menos de 40 horas a la semana al trabajo remunerado; en cambio, los hombres frecuentemente le dedican más. No se observa una correlación clara entre la edad y el tiempo de dedicación al trabajo. Por lo que respecta a la rama de actividad, es la correspondiente a la extracción, construcción y transformación la que demanda mayor número de horas de trabajo.

2.6 Inactividad, jubilación y retiro

Son variados los motivos por los que los ancianos dejaron de trabajar, pero destacan como causas prioritarias la enfermedad y los accidentes (37%). Para los hombres del campo un motivo trascendente es el término de la cosecha (temporal). Es importante hacer notar que después de los problemas de salud, cuyo porcentaje es similar para hombres y mujeres, las razones que los llevaron a retirarse del trabajo son diferentes. 30% de los hombres dejaron de trabajar no por voluntad propia, sino porque fueron retirados del trabajo a través de diversas modalidades: despido (8%), recorte (5%), y 4% porque quebró la empresa, 11% fueron jubilados o pensionados y un 5% más decidió retirarse del trabajo, en tanto que el 35.7% de las mujeres dejó de trabajar para cuidar a los niños, 14% por matrimonio y 7% porque quebró la empresa donde trabajaba; ninguna de las mujeres que laboraba goza de una jubilación o pensión.

Uno de los acontecimientos más violentos de la vida del hombre (varón) es la pérdida de sus obligaciones laborales -en especial cuando todavía tiene salud y fuerzas para hacerlo-, no sólo porque se pone a su disposición una gran cantidad de tiempo libre, para el que no está preparado y no sabe usar, sino porque las más de las veces ya no va a percibir ingresos para sostener a la familia. Habiendo aprendido a ligar su propio sentimiento de valía con su productividad y su compensación, las personas retiradas se enfrentan a años de vida sin un motivo central para su existencia. Sin un trabajo útil que hacer, muchas personas mayores se sienten inútiles e improductivas, y piensan que ya no valen nada (Sykes, 1991).

Dejar de trabajar en una "sociedad de trabajo", donde el trabajo -en forma de empleo provechoso- no sólo provee las bases económicas para las sociedades, sino también el centro de sus valores básicos y de su cosmovisión, implica una sensación de inutilidad y de fracaso que provoca ser sustituido por otros más jóvenes. El ya no ser reconocido como el principal soporte económico; el tener que depender de otros para poder vivir, les genera a los ancianos -sobre todo a los más jóvenes- una gran frustración y una profunda depresión, que puede derivar en serios problemas de salud. En algunos estudios realizados, casi la mitad de los ancianos presentaron algún grado de depresión, en los que dominaba la depresión reactiva a una enfermedad física incapacitante, o a causas sociales como la soledad, la pobreza, el abandono o el sentimiento de inutilidad.

Roberto Ham (1993) señala que la forma de retiro que se considera ideal es la jubilación concedida por una institución de seguridad social; su función radica en proveer una pensión sustitutiva de los ingresos procedentes del trabajo. Esta jubilación debería ser suficiente, como justa recompensa para una vida de trabajo y creación. Sin embargo, ella resulta una visión casi utópica a la que sólo se aproximan algunos países de gran desarrollo.

En México, de acuerdo con el censo de 1990, el 45.2% de la población económicamente activa no está protegida por ningún plan de retiro. Circunstancias en las que,

especialmente, se encuentran el medio rural, los trabajadores independientes, los subempleados y los desempleados.

En cuanto a la población económicamente inactiva, las estimaciones suponen que las pensiones por vejez y retiro deberían corresponder a la población de 60 años y más, segmento que cuenta con 3,459,000 personas. Sin embargo, respecto a sus condiciones de jubilación, las personas inactivas de 60 años y más se clasifican en:

a) 347 mil que tiene algún tipo de pensión por parte exclusiva del IMSS. En 1990, 92% de estos pensionados obtenía la pensión mínima, equivalente a 70% del salario mínimo (\$290 al mes); actualmente recibe el 100% del salario mínimo, que a partir de abril de 1995 será de N\$549.00

b) 229 mil cuentan con una jubilación del IMSS y un plan privado de pensiones. En su generalidad este beneficio adicional permite una pensión al momento del retiro de 100% del promedio del último año de salario, junto con algún grado de revaluación posterior.

c) En el sector público hay 278 mil pensionados, con una pensión promedio de apenas 1.5 veces el salario mínimo, condición también generada por la carencia de recursos.

d) Hay 132 mil jubilados de empresas descentralizadas; éstos son los privilegiados que tienen pensiones de actualización automática y montos que con frecuencia alcanzan 20 salarios mínimos (ENSE, 1994: 12).

El total de pensionados de 60 años y más es de 1,013,000, lo que deja una diferencia de 2 millones 446 mil personas sin pensiones en la edad avanzada y que si la tienen, ni siquiera les alcanza para cubrir sus necesidades básicas (ENSE, 1994: 12).

Por otro lado, del total de entrevistados sólo el 24.6% dispone de una pensión y de éste el 20.5% corresponde a los hombres y el 4.1% a las mujeres, lo que muestra una situación todavía más desventajosa.

Es un hecho conocido que gran cantidad de empresas se valen de diversos mecanismos, especialmente a través de la contratación eventual, para no asegurar a sus trabajadores o para que éstos no acumulen antigüedad, de ahí que tan sólo una cuarta parte de la muestra entrevistada señale que en su centro de trabajo contaba con un plan de jubilación. Pero poco más del 50% refirió no tener derecho a ella; hubo incluso un 9% de senectos que manifestaron que a pesar de que tenían derecho a ese plan de jubilación, en su empresa no se lo querían otorgar; 1.7% ignora si tiene derecho a él.

2.7 Ingresos

El anciano termina su vida sin ingresos propios o con un ingreso por demás insuficiente, que continuamente pierde su poder adquisitivo por la inflación. Es él quien reciente mayormente la crisis, una crisis que se prolonga por el resto de su vida, hasta 20 años o más, después de haber cumplido los sesenta años.

El 14.2% de la población de tercera edad entrevistada no percibe ningún ingreso y el 53.6%, recibe menos de \$500 mensuales, cantidad con la que no se puede obtener lo "necesario" para vivir, por lo que, indefectiblemente, se trata de una población muy pobre. [15] Con esa cantidad no puede satisfacer sus necesidades básicas de alimentación, vestido, alojamiento, así como el acceso a medios de transporte apropiados, servicios de salud y de recreación y cultura.

Diversos estudios han mostrado que, comparados con los hogares con jefatura masculina, los hogares con mujeres como jefes enfrentan un riesgo mayor de pobreza (Acosta, F. 1994: 100). Por otro lado, se ha probado también que la situación de la mujer de edad, cuyo nivel de ingresos suele ser más bajo que el de los hombres y cuyo empleo ha quedado a menudo interrumpido a causa de las responsabilidades que les impone la maternidad y la familia, revela que en edades avanzadas las mujeres suelen ser las más pobres entre los pobres. Los datos de la ENSE así lo prueban, ya que el 54% de las mujeres [16] percibe menos de \$500 mensuales, pero lo más grave es que el 19% no tiene ningún ingreso y vive, como ellas mismas lo señalan, de "la caridad de hijos o familiares".

Las fuentes de ingreso de la población de edad avanzada suelen ser muy diversas debido al bajo monto de los salarios y las pensiones que reciben, así como a la inactividad que va en aumento en relación con la edad. En ese sentido, las redes sociales de apoyo y principalmente la familia juegan un papel muy importante, como lo demuestra el alto porcentaje de ancianos que tienen como una de sus fuentes de ingreso el apoyo de un familiar. Así, de acuerdo con los datos de la encuesta, el 42.7% reciben apoyo de los familiares con los que viven y 9.9% de otros familiares; 20% reportó percibir ingresos y 13% disponer de su jubilación; 2% reciben pensión por viudez o divorcio, el 1% dijo vivir de sus ahorros y el 7%, de sus rentas.

2.8 Salud y satisfacción vital

En la ENSE se parte de la base de que la salud está íntimamente ligada en general con la calidad de vida. Considera que la autopercepción del estado de salud ha demostrado su valor a través de los años como indicador fiable de ésta y que la satisfacción vital se orienta según la calidad y el bienestar global del individuo en un momento dado.

TEXTO

Es importante hacer notar que la mayor parte (75%) de los entrevistados se dijo satisfecho de la vida y no solamente eso, sino que dentro de ella un 12.4% se reconoció como muy satisfecho. Esta percepción disminuye cuando las personas tienen más de 80 años; son especialmente las mujeres con edades más avanzadas las que se sienten más insatisfechas. En buena medida, quizá porque a lo largo de sus vidas siempre vieron por los otros, tuvieron a sus hijos, los cuidaron, atendieron al marido y a sus padres o familiares ancianos y enfermos, y ahora, con más y más años, ya no pueden cumplir con la misión que se les ha encomendado y que difícilmente aceptan, porque nadie les enseñó que los demás también debían cuidar de ellas.

A esa edad se siguen preocupando por la familia; más del 8% así lo manifestó, aunque desde luego sus mayores preocupaciones ahora giran, al igual que las de los hombres, en torno a la falta de recursos económicos (40%) y a sus problemas de salud (33%) y a la familia (8%).

La Encuesta Nacional de Salud aplicada en 1987 profundizó en ello y sus resultados apuntan a que los hombres registran mejor salud que las mujeres, aunque en general la opinión que domina es la de que su salud es "regular o mala", percepción que para los hombres se incrementa de 51% a 64% y en las mujeres, de 58% llega hasta el 65% después de los 75 años.

Es de llamar la atención que los estudios epidemiológicos indican que las cohortes sucesivas que llegan a la misma edad avanzada gozan de un nivel de salud cada vez más elevado y se prevé que, a medida que vivan más años, las incapacidades más

importantes se pueden acumular sólo en un estrecho margen poco antes de la muerte. La prueba ello está en que en la Encuesta de Salud, un 35% de las personas mayores de 75 años calificaron su salud como buena. Un resultado muy similar (37%) se aprecia a partir de la encuesta aplicada.

Por otro lado e independientemente de la edad, el 73% considera que su salud no es buena. La diferencia por sexo también es evidente, sobre todo en el grupo de mujeres más jóvenes (71% de las mujeres considera tener más mala salud que los hombres: 61%), percepción que se agudiza con la edad (75.5% los hombres y 83% las mujeres mayores de 80 años).

Más de un tercio de los encuestados ha estado enfermo en los últimos seis meses. Las diferencias por edad y sexo son interesantes: sólo 30% de los hombres sufrieron de alguna enfermedad, contra el 52% de las mujeres mayores de 80 años. De aquéllos que enfermaron, el 84% tuvo que permanecer en cama o al menos en reposo. Cuando tuvieron que restringir sus actividades, 50% lo hicieron por menos de 10 días, 80% por menos de un mes y sólo 15% tuvo que permanecer en cama por más de 60 días (ENSE, 1994: 129).

El 24% de los entrevistados señalaron que frecuentemente y el 14% que muy frecuentemente se ven impedidos para ejecutar sus actividades cotidianas por causa de una enfermedad. Por su parte, la Encuesta Nacional de Salud logró identificar que hay mayor incidencia de incapacidad total en los hombres que en las mujeres; sin embargo, éstas presentan mayor incidencia en cuanto a incapacidad parcial, aunque la distancia entre las tasas de ambas condiciones se van estrechando conforme a la edad, predominando entre los octo y los nonagenarios la incapacidad total.

No cabe duda de que con el avance de la edad los estados patológicos se hacen más frecuentes. Además, las condiciones de vida de los senescentes los hacen más propensos a los factores de riesgo que pueden tener efectos adversos sobre la salud, como son los accidentes. Es frecuente observar cómo a partir de una caída, se desencadenan una serie de problemas de salud, muchos de ellos irreversibles. Del total de entrevistados el 61% manifestó haber sufrido una caída en los últimos seis meses, de los cuales el 53% dijo que le afectó mucho su salud, en principio por los golpes que recibió (30%) y/o por que se fracturó o luxó algún hueso (23%). Aunque en mucho menor frecuencia, también se aprecian problemas de salud derivados por los atropellamientos (5.3%), los accidentes en auto (5.6%) y las quemaduras (1.7%).

Algo que cuesta trabajo aceptar es el maltrato a los ancianos, y nos referimos no sólo el maltrato psicológico -que es el más común- sino al maltrato físico. Diversos estudios han dado cuenta de que un buen porcentaje de senectos, especialmente mujeres, son golpeados en su propio hogar. De la muestra entrevistada, el 77% declaró que los golpes recibidos han tenido serias repercusiones en su salud.

El envejecimiento del organismo plantea problemas específicos que afectan a cada individuo de manera diferente. A medida que envejece la persona se reducen sus capacidades para la vida activa, debido a tres factores principales: la reducción progresiva de potencialidades físicas producidas por el proceso normal de envejecimiento sin relación con los procesos patológicos; la acentuación de los efectos de enfermedades que ya eran importantes en los períodos anteriores, y los procesos psicológicos y sociales debidos generalmente a situaciones familiares y económicas asociadas a la senectud (Catalán y Rangel, 1992: 444).

Aunque el deterioro fisiológico de quienes llegan a la tercera edad tiene distintos tiempos en cada una de las personas, se puede decir que en general es mucho más notable el descenso de las facultades a partir de los 70 años. De ahí en adelante -aunque este proceso pueda iniciarse desde los cincuenta años- se verán cada vez más afectadas sus funciones sensoriales: el oído, la vista, el olfato... Al envejecer el sistema nervioso, los movimientos se vuelven lentos y se pierde la agilidad.

La visión es uno de los sentidos más afectados, puesto que por lo menos el 67% señaló tener algún problema con la vista, el 41% con la dentadura y el 41% también manifestó problemas con alguna de sus extremidades, especialmente las piernas, así como el 30% con la audición. Sin embargo, por lo general la vista se pierde parcialmente; el porcentaje más alto (14%) de los que han perdido la visión por completo, corresponde a los que tienen entre 90 y 94 años de edad. Ese no es el caso de la falta de audición, la cual llega a alcanzar porcentajes más altos; 17% no escucha nada y 59% ha sufrido una pérdida parcial. También es cierto que son más quienes no han tenido problemas con el oído (21%) que quienes no tienen problema con la vista (11%).

Problemas locomotores a partir de que alguna de las extremidades se vea afectada y por ello le cueste trabajo al anciano moverse, caminar, o sostener algo con firmeza, se presentan en el 36% de los casos desde edades tempranas (60 años). Como en el resto de los casos, este problema es más serio conforme avanza el tiempo, de tal suerte que personas que tienen más de 90 años presentan en un 61% inmovilidad parcial y 17%, total. Sólo el 25% de los ancianos de esta edad puede caminar tres cuadras sin ayuda y otro tanto no lo pueden hacer de ningún modo, aunque la mayoría se puede desplazar con ayuda. En tanto, entre los más jóvenes de 60 a 70 años, el 8% no puede hacerlo, 19% lo hace con ayuda y las tres cuartas partes restantes lo pueden hacer enfrentando las dificultades normales.

Podemos decir que hasta los 80 años, las personas entrevistadas han tenido la posibilidad de salir de casa sin ayuda. A partir de entonces la necesidad de salir acompañado se incrementa hasta llegar a un 60% de ancianos que sólo así puede hacerlo. El porcentaje de personas que no pueden salir ni siquiera acompañados hasta los ochenta años es menor a 6% y a partir de esa edad se incrementa hasta un 11%.

Es un 2% el que definitivamente no puede caminar, porcentaje que llega a 5% entre los nonagenarios. Al interior de la casa, pueden trasladarse de una habitación a otra el 69% (de los que tienen más de 95 años) sin ayuda y el 26% con ayuda. En los grupos integrados por personas con menos edad la posibilidad de moverse al interior de la casa sin ayuda es mucho mayor: 96%.

Otro problema serio y que limita notablemente a los ancianos es la incontinencia. Aunque los mayores porcentajes se presentan en las personas con más de 90 años, un 10%, desde los 70 años ya no puede contener sus esfínteres y muchas veces por ello son recluidos en un hospital o un asilo de ancianos.

Finalmente, la pérdida de la dentadura, aunque en cierta forma es un problema menor, tiene importantes implicaciones para su alimentación, sobre todo porque la mayor parte de la población de la tercera edad no tiene recursos para ponerse una dentadura postiza, y no cuenta con los cuidados necesarios para disfrutar de alimentos blandos o tratados (purés, papillas, licuados, etc.). Conforme pasan los años se van perdiendo los dientes, hasta que prácticamente el 50% de los nonagenarios ya no dispone de ellos y ese mismo porcentaje corresponde a quienes tienen 60 años y han perdido algunos dientes.

2.9 Estado funcional

Lo hasta aquí descrito encierra elementos que nos permiten identificar el grado de capacidad o discapacidad, y por lo tanto el grado de dependencia de los senescentes. Sin embargo se pueden incorporar otras variables. En el caso de la ENSE, para poder evaluar el estado funcional de los ancianos, se incorporaron 16 reactivos. Entre éstos se encuentran algunos a los que ya nos hemos referido, como es su radio de acción (en la calle, la vivienda, la habitación); pero además se consideraron otros elementos como son el grado de dependencia de las actividades básicas de la vida cotidiana (alimentación o cuidado de su propia higiene) o la posibilidad de desempeño de actividades más complejas, como la administración de la casa o el uso del dinero.

Del total de población de la tercera edad encuestada, el 0.8% no puede ni salir de la cama y 4.5% puede hacerlo, pero necesita ayuda para bañarse y vestirse. Para bañarse, 6% requiere ayuda parcial y 1% total; para vestirse y desvestirse, 5% parcial y 1% total; llegar al inodoro, 6 y 1.5%; alimentarse, 4 y 1% y permanecer sólo en la noche, 10 y 4%. En general, 7% de los encuestados tiene necesidad de ayuda en alguna de las actividades básicas de la vida cotidiana y dependen de una tercera persona para subsistir.

Otro tipo de actividades más complejas implican una mayor ayuda. Por ejemplo, para cortarse las uñas de los pies 27% necesita ayuda; para tomar sus medicamentos, 11%; lo mismo que para manejar dinero. Para realizar tareas domésticas, como lavar los platos, cocinar barrer, 11% requiere ayuda parcial y otro 11%, total. Para tareas más pesadas de la limpieza general de una casa (lavar ventanas, trapear pisos, hacer los baños, lavar, etc.). el porcentaje de quienes requieren ayuda se duplica: 25% requiere ayuda parcial y 22% total.

La necesidad de ayuda suele incrementarse con la edad y a ser más prevalente entre las mujeres. La proporción de personas de edad avanzada (más de 75 años) que tienen un cierto grado de deterioro funcional que se traduce en su incapacidad o en un impedimento para realizar las actividades de la vida cotidiana, es grande en relación con aquéllas menores de los 75 años. Por otro lado, la autopercepción del estado de salud se correlaciona directamente con el estado funcional, lo que se entiende en razón de su mayor incapacidad y consecuente limitación en las actividades mínimas para sobrevivir.

Los porcentajes de personas que informaron independencia en las actividades de la vida diaria y otros índices del estado físico funcional, fueron similares a los observados en los estudios epidemiológicos de las personas de edad avanzada realizados en algunos países desarrollados. Por ejemplo, alrededor del 5% de las personas informó discapacidad en las actividades básicas de autocuidado, y asimismo ocurre en otros países de América (ENSE, 1994: 96).

En contraste con el satisfactorio estado funcional de la muestra a la que se le aplicó la encuesta, el 70% calificó su salud como menos que buena, probablemente porque se utiliza a sí mismo como referencia con respecto a su estado de salud en la juventud. Desde luego, el porcentaje refleja también la existencia de problemas de salud que no han rebasado el umbral de la discapacidad. Esta interpretación puede sustentarse por la gran proporción de personas en las que los problemas de salud interfieren con sus actividades cotidianas frecuentes o muy frecuentes (38%). Denota también que las personas pueden encontrar gran dificultad en el desempeño de las actividades cotidianas, pero no por ello dejan de efectuarlas (Ibid.).

Hasta aquí hemos hecho énfasis en el envejecimiento y en la falta de capacidades biológicas, fisiológicas o anatómicas. Sin embargo, falta considerar el llamado

envejecimiento sociogénico, o sea el papel que la sociedad impone a las personas en cuanto ellas alcanzan una determinada edad cronológica (Comfort, 1977: 12).

Algunas de las resultantes que deja este tipo de envejecimiento son los cambios en la vivienda, la pérdida del empleo, la reducción de la percepción económica, la pérdida de familiares y amigos y, la pérdida de la estima social (estatus) e individual (autoimagen) y de seguridad e independencia.

Cabe señalar que sociedades en donde hay una multiplicidad de roles disponibles para los ancianos, su estatus no sólo no decae, sino que puede ascender. Por otro lado, dice Raquel Bialik (1988), la vejez es una etapa niveladora de las diferencias de los roles sexuales, volviéndose hombres y mujeres más parecidos. Simone de Beauvoir escribe algo que ilustra bien esta situación por la que pasan hombres y mujeres al envejecerse:

Ya que el rol vitalicio de la mujer ha sido más bien en el ámbito doméstico, la senectad se adapta mejor que el anciano a su condición de persona mayor. Ama de casa, madre, esposa, dedicada a las tareas domésticas, su situación es más o menos la misma: para ella trabajo y existencia se confunden. Ningún decreto exterior (ej. jubilación) interrumpe tajantemente sus actividades. Estas disminuyen desde el momento en que los hijos, convirtiéndose en adultos, abandonan la casa. La crisis suele trastornarla, pero no se encuentra totalmente 'ociosa' y su papel de abuela le brinda nuevas posibilidades. Tiene en el hogar y la familia funciones que le permiten ocuparse y mantener su identidad. Son ellas quienes tienen principalmente las responsabilidades domésticas y las que mantienen relaciones activas con la familia, sobre todo con hijas y nietos (Beauvoir, 1980: 315).

Como ya se indicó, la mujer anciana se sigue preocupando por la familia; más de 8% así lo manifestó, aunque, desde luego, sus mayores preocupaciones ahora giran, al igual que las de los hombres, en torno a la falta de recursos económicos (40%) y a sus problemas de salud (33%).

Para complementar lo anterior recurrimos a los resultados de una encuesta aplicada por Raquel Bialik (1988) a mujeres de distintos grupos sociales [17] ¿quienes a la pregunta de si "¿hay algo que a usted le moleste?" el 53% señaló que sí: la enfermedad (21%), su carácter débil (8%), su carácter fuerte (9%), la edad (9%) y la pobreza (4%).

El 56% respondió ser feliz y las causas de su felicidad responden a: su familia (62%), tener buena salud (25%), tenerlo todo (22%), y de las que no son felices, la mayoría respondió que es porque tiene problemas económicos o porque se sienten solas. Sobre ¿qué les falta? las respuestas fueron: salud (18%), dinero (17%), familia (14%) y apoyo (8%).

Cabe señalar que el 73% de las ancianas se siente útil, y las que no, fundamentalmente es por encontrarse incapacitadas o por no contar con un ingreso propio.

Es preciso señalar que son las mujeres ancianas las que experimentan con mayor frecuencia problemas crónicos que causan severas limitaciones funcionales y merma en la calidad de vida, como son la osteoporosis, la artrosis y los trastornos demenciales. Esta situación se ve agravada por la reducida capacidad de las mujeres para acceder y para cubrir el costo de los servicios de salud. Dichas circunstancias contribuyen a situar a la mujer -en especial la que tiene más de 80 años- en una posición de desventaja y hacen que constituya uno de los sectores más vulnerables de la sociedad, marcado por la pobreza, la soledad, la enfermedad y la desprotección económica.

Finalmente, cabe mencionar que existen trabajos que han estudiado el comportamiento religioso y su relación con el funcionamiento general de los senescentes (Asili Pierucci, 1991), los cuales coinciden en señalar que existe una relación entre religiosidad y bienestar general, satisfacción en la vida, autocontrol, mejor funcionamiento de la personalidad, ajuste y adaptación.

Sykes (1991) encuentra que existe un patrón de espiritualidad entre los ancianos que les permite hacer frente a las pérdidas de la edad avanzada y mantener su bienestar mental. Para el autor, un determinante importantísimo para tener una buena vejez es encontrar algún mecanismo para enfrentar las limitaciones de la edad. Para muchas personas ancianas, su fe religiosa les da un sentido de seguridad, a pesar de haber tenido pérdidas en el empleo, la salud y el estatus.

Estas limitaciones representan un triple riesgo para las personas ancianas y contribuyen dramáticamente a la pérdida del autorrespeto y a menudo a la depresión. Los individuos que se refieren a su fe religiosa para describir su vida y valorar la calidad de su vida, parece que salen adelante y mantienen su autorrespeto.

3. La política de asistencia social y el anciano en México

Abundar en un análisis sobre la política de asistencia social implementada por el Estado mexicano implicaría un trabajo aparte, por lo que en este apartado sólo vamos a hacer referencia a algunos de los principales programas y acciones implementados por el Estado para aliviar los problemas de la población de la tercera edad de escasos recursos.

3.1 Un poco de historia

Los antecedentes más cercanos de la asistencia social en México se remontan al 28 de febrero de 1861, fecha en que se creó la Dirección General de Fondo de Beneficencia, que contaba con plena facultad para manejar los establecimientos de beneficencia del gobierno. Al siguiente año se instituyó la Dirección General de Beneficencia Pública, que introdujo como característica innovadora el que los establecimientos de caridad quedaran a cargo de los ayuntamientos, facultad que en 1877 retomó la dirección mencionada. En 1924, se crea en la Ciudad de México la Junta Directiva de Beneficencia Pública del Distrito Federal, con las mismas atribuciones que la Dirección General (INSEN, 1982).

Estas direcciones pasaron a depender directamente de la Secretaría de Asistencia Pública (instituida en 1931), que en 1943 se fusionó con el Departamento de Salubridad para dar lugar a la Secretaría de Salubridad y Asistencia. La nueva secretaría tenía la facultad de otorgar servicios asistenciales a la población necesitada en general, pero su función fue la de crear y administrar establecimientos de asistencia médica y social a la maternidad y a la infancia, en congruencia con los requerimientos de la estructura demográfica de nuestro país.

En 1991 se reestructuró la Secretaría de Salubridad y Asistencia para convertirse en Secretaría de Salud, responsable, fundamentalmente, de los procesos de salud y enfermedad de la población. Aunque se le responsabilizó como cabeza de sector, es al Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) a quien se asignó la procuración de los servicios de asistencia social. La Junta de Asistencia Privada pasó a ser parte de la estructura orgánica del Departamento del Distrito Federal y desde ahí se controlan y apoyan ahora los organismos de asistencia privada.

Por otro lado, a raíz de las transformaciones demográficas observadas a partir de las reducciones en las tasas de fecundidad y de mortalidad que evidenciaron la cada vez más

creciente población de la tercera edad, en 1979 el ejecutivo federal creó el Instituto Nacional de la Senectud, organismo descentralizado cuya finalidad es la de brindar protección, ayuda, atención y orientación, así como estudiar los problemas de la población senecta con el fin de lograr las soluciones más adecuadas.

3.2 El Instituto Nacional de la Senectud

El creciente número de personas en edad avanzada desamparadas; la necesidad de aliviar sus padecimientos y enfermedades, cuando no cuentan con los servicios de seguridad social y sanitarios ya establecidos; el alivio de sus necesidades económicas más apremiantes; el estudio del problema de la desocupación del anciano y el hecho de contar con un organismo que investigara los problemas específicos derivados de la senectud y que ofreciera soluciones, son los elementos que fundamentaron la creación del Instituto, como se puede apreciar en las consideraciones contenidas en su decreto constitutivo, que no son otra cosa que la exposición de los motivos que justifican su establecimiento y que sirven para determinar tanto sus objetivos, como sus programas y actividades (INSEN, 1982).

Actualmente el INSEN, como organismo de asistencia social, coadyuva a través de sus programas al cumplimiento de los objetivos trazados por la Ley General de Salud, en el renglón correspondiente a la atención de los ancianos. Los esfuerzos se han dirigido principalmente a elevar su nivel de vida, teniendo prioridad dentro de este universo los grupos marginados.

En sus programas claramente se advierten dos líneas de acción. La primera orientada al "desarrollo de alternativas de protección para los individuos y grupos más débiles de la sociedad" y dentro de ésta, los servicios de unidades gerontológicas, salud y consulta externa, comedores públicos para ancianos, tarjeta del INSEN, bolsa de trabajo y procuraduría de la defensa del anciano. La segunda, tiende a fomentar la integración del anciano a la familia y la comunidad y (a) abatir los índices de marginación con base una acción educativa y orientadora" (Ibid.).

Existen dos tipos de unidades gerontológicas; por un lado los albergues, que son el lugar de estancia permanente de los ancianos que no tienen familia o recursos para vivir; y por otro las residencias diurnas, que son espacios donde los ancianos pasan el día y se les otorga desayuno y comida. Hasta la fecha el INSEN cuenta con 9 unidades: siete en el D.F. y dos en provincia.

Además de la asistencia médica que se brinda por medio de las unidades gerontológicas, el INSEN ha establecido un servicio médico integral que ofrece a sus afiliados atención en consulta externa en medicina general, cardiología, oftalmología, salud bucal, psicología, otorrinolaringología, acupuntura y homeopatía. En 1991 la unidad contaba con un total de 13,266 afiliados.

Uno de los servicios que tiene mayor cobertura es la tarjeta del INSEN, con la que los senectos obtienen descuentos que van desde el 15 al 60% -en contados casos el 100%- en diversos establecimientos y prestadores de servicios; en 1991 se reportaron más de 1 millón de afiliados a nivel nacional y 7,800 prestadores de servicios incorporados al sistema.

En algunas comunidades marginadas se han abierto comedores públicos para ancianos, que son atendidos por un grupo de ancianas de la comunidad. La promoción del empleo es otro de los servicios que ofrece el Instituto. Su cartera se encontraba integrada en 1991 por 4,244 personas con experiencia y habilidades en diversas ramas de actividad.

Cuando los ancianos han sido objeto de abusos por parte de sus familiares y otras personas que los despojan de sus bienes, o cuando por alguna razón son demandados y requieren de asesoría jurídica, pueden recurrir a la Procuraduría de la Defensa del Anciano, que en 8 años ha atendido 7,444 personas.

Por otro lado, a través de la Casa de la Cultura y la Universidad de la Tercera Edad, el INSEN ofrece a los ancianos actividades educativas, de capacitación, recreativas, culturales y deportivas. Los clubes de la tercera edad, enclavados en las comunidades, promueven la participación comunitaria de las personas de edad avanzada. En 1991 había 43 clubes en el Distrito Federal y 103 en el interior de la República.

A pesar del poco presupuesto del que dispone, el INSEN se ha esmerado en descentralizar actividades; en 1991 contaba con 115 delegados y subdelegados en casi todas las entidades de la república.

3.3 Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF)

El Estado mexicano tiene dentro de sus funciones la obligación de proteger a la población desamparada. Para ello ha promovido, a través de políticas de asistencia social, una serie de acciones encaminadas a satisfacer las necesidades de niños huérfanos o abandonados, ancianos desamparados, indigentes y mujeres gestantes o lactantes de escasos recursos.

Las cuatro líneas de acción del DIF son: a) programas de atención al mejoramiento nutricional; b) promoción del desarrollo familiar y comunitario; c) protección y asistencia a la población desamparada y d) asistencia a minusválidos.

Durante 1994, el DIF atendió diariamente a nivel nacional a 2,300 personas, de las cuales 49% eran menores, 21% ancianos y 30% indigentes. Para dar asistencia a los ancianos cuenta con 13 unidades asistenciales, 11 de las cuales se ubican en el D.F., una en Cuernavaca y otra en Oaxaca. A partir de estas unidades se brinda albergue, alimentación, vestido, atención médica y psicológica y actividades educativas a los miembros de la tercera edad.

A pesar de que México cuenta con políticas de asistencia social e instituciones bien definidas, la falta de información sobre estos servicios y su concentración en el Distrito Federal hacen que la cobertura que alcancen sea mínima. Por otro lado, a excepción del INSEN, los esfuerzos y el trabajo que se realiza con los ancianos es intramuros por lo general y difícilmente trasciende a la familia.

3.4 Acceso a servicios de seguridad social y de salud

En respuesta a las demandas de los obreros organizados, Manuel Avila Camacho promovió la elaboración de la Ley del Seguro Social, misma que fue aprobada por el Congreso de la Unión en 1943. En 1944 se constituye el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Posteriormente, en 1959 se constituyó el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). Este Instituto tuvo desde entonces la obligación de prestar a los empleados públicos federales, al igual que el IMSS a los obreros y empleados de empresas particulares, pensiones, jubilaciones, créditos a corto plazo, créditos hipotecarios, servicios médicos al trabajador y a su familia, seguro de invalidez, guarderías y otros servicios.

Como habíamos señalado anteriormente, la mayoría (52%) de los ancianos entrevistados, no tiene derecho a los servicios que ofrece la seguridad social. De los que sí se encuentran adscritos a algún Instituto de Seguridad Social, la mayoría (37%) pertenece al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), 8% al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), 0.8% al Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas Mexicanas (ISSFAM), 0.6% a Petróleos Mexicanos y 0.8% a los Institutos Estatales.

De los ancianos que se encuentran protegidos por algún Instituto el 42% lo es por derecho propio, 26% porque lo afilió un hijo, 12% una hija y 20% el cónyuge. Hasta el 85% de estos derechohabientes hacen uso de los servicios.

El 15% de los derechohabientes que afirmaron no utilizar los servicios a los que tiene derecho, aducen distintas razones: 32% prefiere a su médico particular; 31% dice no requerir los servicios; 26% se queja de que es mal atendido, y a 9% le resulta difícil el acceso.

La otra mitad de los ancianos que no cuenta con los servicios que ofrece la seguridad social puede acceder a instituciones de salud y asistencia social. Sin embargo, buena parte recurre a la medicina privada (34%), sobre todo el grupo de mujeres mayores de 80 años, pues más del 60% de ellas no dispone de los beneficios de la seguridad social. Cabe señalar que muchas de estas mujeres, cuando se sienten enfermas, no recurren de primera intención con un médico, sino que prefieren acercarse primero a una amistad, al farmacéutico o a algún practicante de la medicina tradicional (yerbero).

Las personas de la tercera edad son quienes utilizan con mayor frecuencia los servicios de salud y el servicio empleado en mayor número es el de medicina general (80%), el resto acude al especialista, según el problema que presente. Cabe señalar que sólo el 0.8% tiene contacto con algún geriatra, dado que en nuestro país representa una especialidad nueva y son pocos (88) los médicos que la han cursado. Sin embargo, de cinco años para acá, se ha notado un importante incremento de geriatras en los servicios de salud y seguridad social. La mayor parte de los ancianos (32%) acude al médico una vez al mes, 16% una vez entre dos y seis meses y 28% menos de una vez cada seis meses.

Consideraciones finales

Es importante, para finalizar este análisis, tomar en cuenta varios puntos que han sido abordados a lo largo del mismo. Por un lado, el proceso del envejecimiento en los países en desarrollo y entre ellos México, afectará a más personas en términos absolutos y será más acelerado que el experimentado por los países desarrollados debido, fundamentalmente, a que los niveles de fecundidad descendieron de manera más rápida en los primeros. Esta situación hace necesaria la previsión de los problemas que este proceso puede generar.

Según estudios diversos, los ancianos en México, por sus condiciones de vida, constituyen un grupo de población particularmente pobre, con bajos niveles educativos, condiciones habitacionales desfavorables y marginados de la seguridad social. Así, los datos revelan que casi la mitad de este grupo de edad no recibe los servicios de una pensión, ni atención médica. Por ello, la gran mayoría de los ancianos dependen para su subsistencia de las redes de apoyo familiar y social. Al interior de la familia es común encontrar que los ancianos llevan a cabo una serie de responsabilidades domésticas (cocinar, limpiar, cuidar a los niños, hacer reparaciones, etc.), liberando a las personas más jóvenes para realizar otras tareas. Estas actividades son verdaderas estrategias de

sobrevivencia ya que el anciano, con estos arreglos, contribuye al desarrollo económico del hogar y recibe a cambio un apoyo en su vejez.

Otros ancianos, ante la falta de opciones de ingreso, se ven orillados a seguir trabajando -o pedir limosna- hasta su muerte para su supervivencia, situación que agudiza en esta época de inestabilidad económica. Generalmente, se trata de trabajos en donde la explotación es cotidiana y la remuneración muy baja.

Además, el proceso de envejecimiento, aunado a la disminución de la fecundidad y el aumento de la esperanza de vida, tiene efectos sociales directos sobre la familia. El tradicional apoyo familiar se verá mermado y se espera una carga relativa cada vez mayor del cuidado de los ancianos sobre los miembros de su familia. Desde el punto de vista económico esto supone una reducción de los recursos familiares y un cambio en la función asistencial de la familia.

Como hasta aquí hemos visto, el proceso de envejecimiento de la población mexicana tiene efectos profundos e implicaciones en la fuerza de trabajo, el subempleo y desempleo, la migración, la educación, la salud y los servicios sociales, y en general en todos los aspectos de la vida social y económica del país.

Si bien, existen diversos servicios de seguridad social y de salud que incluyen entre sus beneficiarios a la población anciana, la cobertura es aún muy limitada. Baste señalar lo apuntado anteriormente: que de las 13 unidades del DIF, 11 se ubican en el Distrito Federal. Esto refuerza aún más la marginación de subgrupos de ancianos menos favorecidos y que radican en el interior de la República.

Hasta ahora el gobierno mexicano se ha preocupado por atender los problemas relacionados con el crecimiento de la población y no propiamente con la estructura. Por tanto, no ha tomado las medidas necesarias ante el inevitable aumento y participación de la población envejecida. Esta carencia debe subsanarse otorgándole relevancia a la cuestión del envejecimiento demográfico, debido a las particularidades de dependencia y fragilidad física, social y económica de las personas en edad avanzada, así como a los claros impactos que esto tiene sobre las estructuras económicas, las redes familiares y sociales, las instituciones de seguridad social y los sistemas de salud (Ham, 1993).

Es necesario asegurar un proceso de desarrollo equilibrado e integrado que garantice un buen nivel de vida para las crecientes cohortes de personas de la tercera edad. Es necesario también no verlos únicamente desde la perspectiva de que a finales de siglo tendremos una población de la tercera edad del doble de la que existe actualmente, lo que representará un porcentaje muy elevado de mexicanos consumidores, fundamentalmente de servicios asistenciales, sino verlos como productores y como personas capaces y con un gran bagaje de experiencia.

Finalmente, es fundamental continuar con el estudio de las condiciones de vida de la población de la tercera edad, su dinámica de crecimiento y la identificación de sus necesidades, a fin de contar con elementos que permitan diseñar políticas sociales encaminadas a proporcionar a este grupo vulnerable de la población una vida digna, como merecen los que han forjado nuestro presente.

CITAS:

[*] Profesoras-investigadoras del Departamento de Sociología, UAM-Azcapotzalco, e investigadoras del Observatorio de la Ciudad de México (OCIM).

[1] "La población envejece de dos maneras: a consecuencia de cambios registrados en la base de la pirámide de edad o de cambios habidos en su cúspide. Cuando aumenta la proporción de personas mayores como resultado de un descenso de la fecundidad, se produce una disminución correlativa en la proporción de jóvenes; se trata aquí del envejecimiento de la base de la pirámide de edad. Por otra parte, puede haber cambios en la cúspide de la pirámide como resultado de una menor mortalidad entre las personas mayores. Una transición demográfica comienza cuando se produce un cambio secular, y de un régimen de alta fecundidad y mortalidad se pasa a otro de baja fecundidad y mortalidad" (Schulz, 1992: 13).

[2] La esperanza de vida de una población es una medida hipotética, ya que estima el número de años que resta vivir a una persona, tomando como base las tasas de mortalidad por edad para un determinado año. Al modificarse en el tiempo las tendencias de la mortalidad, cambiará también la esperanza de vida de cada persona, a medida que envejece. Se utiliza como indicador de las condiciones de vida y de salud de una población.

[3] Según las Naciones Unidas, una población puede considerarse como vieja si más del 7% de sus miembros tiene 65 años y más, o más del 10% tienen 60 años y más.

[4] La razón de dependencia por edad es la relación entre las personas en edades dependientes (menores de 15 años y mayores de 60 años) y las personas en las edades económicamente productivas (15 a 59 años) en una población. Indica la carga económica que ha de soportar la porción productiva de una población. Se calcula dividiendo la población menor de 15 años, más la población de 65 y más años, sobre la población de entre 15 y 64 años.

[5] La razón de dependencia juvenil considera sólo la población menor de 15 años sobre la población en edad de trabajar (15 a 59 años).

[6] La relación de ancianos dependientes considera sólo la el grupo de 60 años y más sobre la población en edad de trabajar.

[7] Como se señaló, los datos sobre los que nos basamos para desarrollar esta parte del trabajo fueron tomados de la Encuesta Nacional sobre la Sociodemografía del Envejecimiento en México (ENSE), realizada en 1994, a iniciativa del CONAPO y el DIF. La ENSE, de cobertura nacional, se aplicó a personas mayores de 60 años que habitan en viviendas particulares tanto en áreas urbanas como rurales. El total de la muestra es de 5,159 cuestionarios válidos.

[8] Particularmente importante es el peso de las mujeres ancianas, como resultado de una mayor sobrevivencia de éstas; de ahí que se señale que la vejez es una condición mayormente femenina.

[9] En general se casaron en edades tempranas, antes de cumplir los 20, como lo marcaba la tradición en aquellos años; la gran mayoría (86%) se casaron una vez, 7% dos veces y el otro 7% no se casó.

[10] Esta situación es importante, ya que se considera de gran significado para la vida y el bienestar físico y psicológico de la población envejecida, por el desarrollo emocional que implica contar con una pareja (CONAPO, 1994). Además, como causas de depresión se encuentran, precisamente, la soledad provocada por el celibato, la separación, el divorcio y la viudez.

[11] Para el diseño de la muestra se consideraron 6 dominios (d) de estudio: (d1) el area metropolitana de la Ciudad de México, (d2) Grandes ciudades, (d3) Ciudades medias, (d4) Ciudades pequeñas, (d5) Pequeñas localidades y (d6) Localidades rurales. Este último se integra por localidades de menos de 5,000 habitantes.

[12] Para profundizar en el tema ver el trabajo de René Coulomb y Cristina Sánchez-Mejorada (1991).

[13] Hay consenso en definir al trabajo como aquella actividad realizada por asalariados, trabajadores independientes y empresarios, productora de bienes y servicios que se convierten en mercancías, al igual que la propia fuerza de trabajo y que por ende retribuye dinero, prestigio, estatus, y un supuesto desarrollo personal a quien lo ejecuta.

[14] En el censo de 1990 también se hace evidente que la incapacidad económica por inactividad para el trabajo resulta mayor en los hombres que en las mujeres, aumentando con rapidez en la medida en que se incrementa la edad. Por ejemplo: en el grupo de 60 a 64 años los hombres representan 3% y las mujeres sólo 0.7%, y en las edades finales de más de 85 años, los hombres 18% y las mujeres 11%.

[15] Se considera pobre a quien no obtiene o no puede procurarse recursos suficientes para llevar una vida mínimamente decorosa, de acuerdo con los estándares implícitos en el estilo de vida predominante en la sociedad a la que pertenece.

[16] Para el caso de la población anciana masculina, esta situación es mejor, ya que la población que recibe menos de \$500 como ingreso mensual el de 52%, y el porcentaje que no recibe nada, en proporción a las mujeres, se ve notablemente reducido a 8%.

[17] Se aplicaron 770 cuestionarios a mujeres que radican en áreas urbanas del Distrito Federal y en los estados de Morelos y Veracruz, en áreas urbanas y rurales, así como a mujeres indígenas de esos estados y de Puebla y México en 1987.

BIBLIOGRAFIA:

Asili Pierucci, N. (1991). "Religiosidad y funcionamiento general en la vejez". Universidad de las Américas, ponencia presentada en el Congreso Mundial de Salud Mental, México.

Anzola-Pérez, E. (1985). "El envejecimiento en América Latina y el Caribe", en Organización Panamericana de la Salud. El bienestar de los ancianos. OMS.

Bialik, R. (1988). "Perfil de la anciana mexicana: un estudio descriptivo comparativo" en Serie de documentos de investigación núm. 1. México.

Catalán, A. Y L. Rangel (1992). "La mujer anciana", en La mujer adolescente, adulta, anciana y su salud. Dirección General de Salud Materno-Infantil. SSA. México.

Comfort, A. (1977). Una buena edad: la tercera edad. Editorial Debate, Madrid, España.

CONAPO/DIF (1994a). El proceso de envejecimiento en el Mundo. Serie sociodemográfica del envejecimiento en el Mundo, México.

CONAPO/DIF (1994b). Encuesta Nacional sobre la Sociodemografía del Envejecimiento en México. México.

Coulomb, R. y C. Sánchez-Mejorada. (1991). ¿Todos propietarios?. Vivienda de alquiler y sectores populares en la Ciudad de México. CENVI. México.

De Beauvoir, S. (1980). La vejez. Editorial Hermes.

Ham, R. (1993). "Envejecimiento y sistema de seguridad social". SOMEDE (en prensa), citado en CONAPO/DIF Encuesta Nacional sobre la Sociodemografía del Envejecimiento en México, 1994. México.

INEGI (1993). La tercera edad en México. México.

Leñero, L. (1993). "El anciano como sujeto activo de nuestra realidad sociodemográfica" en Población y Calidad de Vida. núm. 1. Consejo Estatal de Población de Nuevo León, Nuevo León. México.

López, P. (1993). "Contextos domésticos de la población anciana" SOMEDE, (en prensa), citado por CONAPO/DIF.

Nolasco, M. (1981). "Modelos estructurales de las familias pobres de las ciudades en México" en Revista de trabajo social. núm. 596. Escuela de Trabajo Social, UNAM. México.

Montes de Oca, V. (1994). "Sociodemografía del envejecimiento y la actividad económica de la población anciana de la Ciudad de México, 1986-1992", SOMEDE-COLMEX, (en prensa) citado por CONAPO/DIF.

Pedrero, M. (1993). "Condiciones de trabajo en la vejez" en Seminario sobre envejecimiento demográfico en México, SOMEDE, (en prensa), citado por CONAPO/DIF.

Salles, V. (1994). "Pobreza, pobreza y más pobreza" en GIMTRAP. Las mujeres en la pobreza. El Colegio de México. México.

Salles, V. y E. Mcphail (comp). La investigación sobre la mujer. Informes en sus primeras versiones. PIEM/COLMEX, México.

Schulz, J. (1992). El envejecimiento de la población mundial: informes sobre la situación en 1991. Naciones Unidas.

Sennott-Miller, L. (1993). "La mujer de edad avanzada en las Américas. Problemas y posibilidades", en Organización Panamericana de la Salud, Género, mujer y salud en las Américas, publicación científica núm. 541. OPS, Estados Unidos, Citado por CONAPO/DIF.

Sykes, J. (1991). "Una respuesta espiritual a la pérdida del autorespeto: haciéndole frente al triple riesgo de la vejez", Universidad de Wisconsin-Madison. Ponencia presentada en el Congreso de Salud Mental, México.