

Envejeciendo en la pobreza

género, salud y calidad de vida

V. NELLY SALGADO DE SNYDER / REBECA WONG **editoras**



INSTITUTO NACIONAL
DE SALUD PÚBLICA

ENVEJECIENDO EN LA POBREZA
GÉNERO, SALUD Y CALIDAD DE VIDA

envejeciendo en la pobreza

género, salud y calidad de vida



V. NELLY SALGADO DE SNYDER
REBECA WONG
editoras

Envejeciendo en la pobreza: género, salud y calidad de vida

Primera edición, 2003

D.R. © Instituto Nacional de Salud Pública
Av. Universidad 655, colonia Santa María Ahuacatlán
62508 Cuernavaca, Morelos, México
www.insp.mx

Impreso y hecho en México
Printed and made in Mexico

ISBN 968-6502-74-2

Este estudio se realizó con recursos del programa de Coinversión Social de la Secretaría de Desarrollo Social. Sin embargo, la Secretaría no necesariamente comparte los puntos de vista expresados en el presente libro.

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, almacenada en sistema alguno de tarjetas perforadas o transmitida por otro medio –electrónico, mecánico, fotocopador, registrador, etcétera– sin previo permiso por escrito del INSP.

All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording or otherwise, without the prior permission in writing from the NIPH.

SOBRE LOS AUTORES

Jacqueline L. Angel. Profesora de políticas públicas en el LBJ School of Public Affairs y en el departamento de sociología en la Universidad de Texas, Austin, EUA. Sus investigaciones tratan sobre las relaciones entre la estructura de la familia y la desigualdad económica y de salud con un enfoque en la población de origen hispano en Estados Unidos. Desde 1992 ha colaborado en las escuelas de medicina de la Universidad de Texas en Galveston y San Antonio, en un estudio inicial de la salud de los hispanos adultos mayores en el suroeste de EUA. Entre sus publicaciones se cuentan numerosos artículos que tratan sobre las políticas públicas relacionadas con la migración, la salud y el envejecimiento. Es autora de *Health and Living Arrangements of the Elderly* (Garland Publishing, 1991).

Ronald J. Angel. Profesor en el departamento de sociología en la Universidad de Texas, en Austin, EUA. Sus investigaciones se enfocan en las políticas públicas acerca de salud, en particular en la situación de los hispanos en Estados Unidos. Con su esposa y colega Jacqueline Angel es autor de *Painful Inheritance: Health and the New Generation of Fatherless Families*, University of Wisconsin Press, 1993 y *Who will care for us? Aging and Long-term Care in Multicultural America*, New York University Press, 1997. Angel fue editor del *Journal of Health and Social Behavior*, desde 1994 hasta 1997. Ha recibido fondos para sus estudios de varios de los institutos de salud en Estados Unidos y de varias fundaciones privadas. Actualmente, con colegas en varias instituciones, comienza un estudio de las organizaciones no gubernamentales en la provisión de servicios sociales en varios países de América Latina.

Roberto Ham Chande. Actuario por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Maestría en Estadística Matemática por el Centro Interamericano de Enseñanza de Estadística, Santiago de Chile. Maestría en Ciencias, por la Michigan State University. Doctorado en Demografía por la Université de Paris –X, Nanterre (con la máxima mención honorífica). Profesor-investigador del Departamento de Estudios en Población de El Colegio de la Frontera Norte. Ha sido actuario en el IMSS y el ISSSTE, y consultor actuarial

de empresas privadas. Actualmente coordina un proyecto interdisciplinario en México sobre “Demografía de las edades avanzadas y sus implicaciones para el desarrollo y el bienestar”, investigación financiada por el Consejo de Ciencia y Tecnología y comprende grupos de trabajo en demografía, salud, economía, antropología, sociología y seguridad social. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores Nivel III. Última publicación: *El envejecimiento en México: el siguiente reto de la transición demográfica*. M.A. Porrúa y El Colegio de la Frontera Norte, 2003.

Guadalupe López Hernández. Licenciada en Economía por la Universidad Autónoma de Puebla, con especialización en Estudios de la Mujer por la Universidad Autónoma Metropolitana y en Formación de Educadores de Adultos por la Universidad Pedagógica Nacional. Fue consultora de la Unión Europea y coordinadora del proyecto “Una perspectiva de género en la política y práctica de comercio entre la Unión Europea y América con enfoque en México y Mercosur”. Fue coordinadora general de Defensa Jurídica y Educación para Mujeres (Themis), integrante de la coordinación de la “Red Internacional Género y Comercio” Capítulo Latinoamericano; investigadora del Grupo de Educación Popular con Mujeres, A. C. Perteneció al Consejo Consultivo del Programa para la equidad entre los géneros del D. F., Promujer, y a la coordinación de la Red Nacional en Contra de la Violencia hacia las Mujeres; coordinadora del Programa de Integración de las Mujeres al Desarrollo (PINMUDE). Actualmente es Jefa de la Unidad de Género, Estudios Sociales e Investigación del Instituto Nacional de Desarrollo Social (INDESOL).

Kyriakos S. Markides. Doctorado en Sociología por la Universidad de Louisiana en 1976. Es Director de la División de Ciencias Sociomédicas de la Universidad de Texas en Galveston, EUA. Desde 1976 se ha dedicado a la investigación en salud con adultos mayores de población de origen mexicano en Estados Unidos. Actualmente es Investigador Principal del Hispanic Established Population for the Epidemiological Study of the Elderly (EPESE) donde se está llevando a cabo un estudio longitudinal de 3 050 adultos mayores de origen mexicano que viven en el suroeste de EUA. Es autor o coautor de más de 210 publicaciones, siendo la mayoría sobre población envejecida de mexicano-americanos. Es fundador y actualmente es el editor del *Journal of Aging and Health*. El Institute for Scientific Information lo ha nombrado como uno de los científicos sociales más citados en el mundo.

Víctor Manuel Mendoza Núñez. Es médico cirujano egresado de la Facultad de Estudios Superiores (FES) ZARAGOZA, de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Con estudios de Maestría en Gerontología por la Universidad Autónoma de Madrid. Doctorado en Ciencias Biológicas por la UNAM. Profesor de Tiempo Completo Titular “B” en el área de Epidemiología del Envejecimiento de la FES ZARAGOZA, UNAM. Responsable de la Unidad de Investigación en Gerontología y Coordinador del Diplomado de Gerontología Avanzada de la misma institución. Autor de artículos de investigación sobre envejecimiento publicados en revistas nacionales e internacionales. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores Nivel I.

Gustavo Olaiz Fernández. Médico cirujano por la Universidad Nacional Autónoma de México, Maestría en Salud Pública con especialización en Epidemiología, Bioestadística y Salud Ambiental por la Universidad Estatal de San Diego, California, EUA. Fue coordinador de sistemas de información en la Oficina de Campo de la Organización Panamericana de la Salud. Tiene experiencia en áreas directivas dentro de la Secretaría de Salud (SSA), desde 1991 como Jefe del departamento de bioestadística de la Dirección General de Epidemiología de la SSA; Director de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Crónicas y Accidentes; Director General de Estadísticas, Informática y Evaluación dentro de la SSA y Director General de Salud Ambiental. En 2001 fue nombrado Secretario General del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP); actualmente es el Encargado de la Dirección General del INSP. Es miembro de la Sociedad para la Investigación en Epidemiología e Investigador Nacional en Ciencias Médicas “E” por la Coordinación de los Institutos de Salud.

Elsa Resano Pérez. Licenciada en Actuaría por la Universidad Nacional Autónoma de México, cursó el diplomado de Survey Sampling en el Survey Research Center en Michigan, EUA y un curso intensivo de muestreo en el Instituto Nacional de Estadística, España. Ha impartido diversos cursos de muestreo y realización de encuestas. Durante más de 25 años ha trabajado en el sector federal como productora de información estadística. En la actualidad se desempeña como Directora de Encuestas del Instituto Nacional de Salud Pública. Entre sus principales aportaciones se encuentran el XII Censo General de Población y Vivienda 2000, el Conteo de Población y Vivienda 1995 y las Encuestas Nacionales de la Dinámica Demográfica 1992 y 1997. Es asesora en el IMSS, en el Instituto Nacional de Estadística de Guatemala, en la SSA, en el Instituto Mexicano de Psiquiatría y en el Proyecto sobre salud, bienestar y envejecimiento (SABE) coordinado por la Organización Panamericana de la Salud.

Laureano Reyes Gómez. Es doctor en Ciencias Sociales con especialidad en Estudios Regionales, por El Colegio de la Frontera Norte, en Tijuana, Baja California. Su formación básica es en Antropología, con Maestría en Antropología Social y especialidad en Antropología Médica por la Escuela Nacional de Antropología e Historia. Es miembro del Sistema Nacional de Investigadores. Aprovechando su formación antropológica, Reyes Gómez se dedica a estudiar etnogerontología, específicamente la cultura del envejecimiento de la población indígena de Chiapas. En el 2002 salió a la luz su tesis doctoral bajo el título *Envejecer en Chiapas. Etnogerontología zoque*, publicado por el Instituto de Estudios Indígenas, de la Universidad Autónoma de Chiapas, en coedición con el Programa de Investigaciones Multidisciplinarias sobre Mesoamérica y el Sureste, de la UNAM.

Leticia Robles. Doctora en ciencias sociales. Profesora-investigadora de la Universidad de Guadalajara en México. Su principal área de interés es el papel de la familia en la atención a la enfermedad crónica y actualmente trabaja sobre los aspectos sociales y culturales del cuidado a los adultos y ancianos enfermos crónicos. También ha trabajado sobre la metodología cualitativa en salud. Sus publicaciones son acerca de las redes sociales y la participación de la familia en la atención de la enfermedad crónica, el cuidado y los cuidadores, y sobre metodología cualitativa en salud.

Dirección electrónica: lrobles@cucs.udg.mx

V. Nelly Salgado de Snyder. Doctorado en Bienestar Social por la Universidad de California, Los Ángeles (UCLA), y maestría en Psicología Clínica por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Profesora-Investigadora en Ciencias Médicas "F" del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP). Directora de Salud Comunitaria y Bienestar Social del Centro de Investigación en Sistemas de Salud del INSP. Es profesora adjunta de la escuela de salud pública de la University of North Texas Health Sciences Center at Forth Worth. Investigadora por más de 20 años centrándose en el estudio de los factores psicosociales y culturales que afectan la calidad de vida, la salud física y mental de los migrantes de origen rural que radican en Estados Unidos, de sus familiares que se quedan en México, de migrantes de retorno y migrantes ancianos. Es miembro del Sistema Nacional de Investigadores Nivel II, miembro de la Academia Mexicana de la Ciencia desde 1996, miembro de la Asociación Americana de Psicología desde 1996 y nombrada en 2001 Fulbright New Century Scholar.

Rebeca Wong. Actuarial por la Facultad de Ciencias de la UNAM, con maestría y doctorado en Economía por la Universidad de Michigan, EUA. Actualmente es investigadora científica y profesora afiliada con el Maryland Population Research Center de la Universidad de Maryland. Su agenda de investigación se enfoca en las consecuencias económicas del envejecimiento poblacional en México y entre poblaciones de hispanos inmigrantes en Estados Unidos. Ha realizado trabajos recientes sobre pobreza y utilización de servicios de salud entre población de edad avanzada, migración internacional y bienestar durante la vejez, y el impacto de la reforma a la seguridad social en México. Es co-Investigadora del Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México (ENASEM/MHAS), financiado por el Instituto Nacional de Envejecimiento de los Institutos Nacionales de Salud del gobierno norteamericano.

Dirección electrónica: rwong@popcenter.umd.edu

INDICE

SOBRE LOS AUTORES	7
PRÓLOGO Rebeca Wong	15
1. LAS PERSONAS DE 50 Y MÁS AÑOS Elsa Resano Pérez y Gustavo Olaiz Fernández	23
2. ENVEJECIMIENTO, GÉNERO Y POBREZA EN MÉXICO RURAL V. Nelly Salgado de Snyder	37
3. ASPECTOS PSICOSOCIALES DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS EN LA VEJEZ EN EL CONTEXTO DE POBREZA Víctor Manuel Mendoza Núñez	57
4. ENFOQUES Y PERSPECTIVAS SOBRE EL ENVEJECIMIENTO EN MÉXICO Roberto Ham Chande	81
5. LA RELACIÓN ENTRE SALUD Y NIVEL SOCIOECONÓMICO ENTRE ADULTOS MAYORES: DIFERENCIAS POR GÉNERO Rebeca Wong	97
6. GÉNERO, POBREZA Y CUIDADO: LA EXPERIENCIA DE MUJERES CUIDADORAS POBRES URBANAS Leticia Robles Silva	123
7. SALUD FÍSICA DE LOS MEXICANOS MIGRANTES MAYORES EN LOS ESTADOS UNIDOS Ronald J. Angel, Jacqueline L. Angel, Kyriakos S. Markides	153

8. EL CONTEXTO CULTURAL Y ECONÓMICO DEL ENVEJECIMIENTO EN GRUPOS INDÍGENAS DE CHIAPAS Laureano Reyes Gómez	173
9. VEJEZ Y POBREZA EN MÉXICO: CONCLUSIONES Y RETOS V. Nelly Salgado de Snyder	199
10. REFLEXIONES FINALES María Guadalupe López Hernández	207

PRÓLOGO

REBECA WONG

El envejecimiento poblacional está ocurriendo como un fenómeno global con consecuencias variadas a través de los países del mundo, habiéndose iniciado en países desarrollados y ocurriendo en el futuro con mayor velocidad en los países en desarrollo. Este fenómeno demográfico, definido como que la proporción de la población en edad avanzada crece a un ritmo más elevado que el crecimiento de los otros grupos de edad, se ha dado como resultado de las transiciones epidemiológica y demográfica, en las que la mortalidad y la fecundidad cayeron hasta alcanzar niveles históricamente bajos, y se sostienen en niveles bajos.¹ Se habla del envejecimiento poblacional como resultado del éxito en programas sociales y tecnología médica, en cuanto a que se alcanzan menores niveles de mortalidad y se controla la fecundidad. Antes de que ocurra el envejecimiento acelerado en países en desarrollo, se contará con un período de dos-tres décadas en el que las sociedades contarán con una tasa de dependencia menor puesto que los grupos en edades jóvenes (los niños) disminuirán en número y los de edad avanzada no serán muy numerosos todavía. Este periodo se conoce como la ventana de oportunidad, en la que los países pudieran preparar la infraestructura económica y política para asumir de mejor manera las necesidades de la población envejecida.²

Las últimas dos décadas han visto una transformación en el énfasis sobre la importancia del tema de envejecimiento poblacional, y de manera acelerada en el último lustro en México. Se han realizado múltiples reuniones profesionales tanto en el sector académico como público, y se han publicado una larga lista de trabajos de investigación al respecto. Por otro lado, el aspecto de género se ha reconocido en la perspectiva de las ciencias sociales como un énfasis importante a nivel mundial. Asimismo se reconoce dentro del proceso de envejecimiento que existen grandes diferencias por género, tanto en la salud como en la calidad de vida y la longitud de la misma. En la mayoría de los países desarrollados aún se contempla como prioridad la desigualdad social y económica que existe entre los géneros, y se cuestiona si la desigualdad puede ahondarse o agravarse en la última etapa del ciclo de vida.

Como parte de la labor académica hacia estudios que informen y mejoren la salud pública, y en particular la calidad de vida de la población en el

envejecimiento, se tomó la tarea de publicar este volumen, con el propósito de compilar una serie de trabajos recientes sobre aspectos importantes del envejecimiento y el bienestar de la población en México desde una perspectiva de las ciencias sociales, con énfasis en género y pobreza. La idea se originó a partir de la percepción de que existía una carencia de una obra que integrara los tres aspectos, en particular para México.

El envejecimiento actual en México se da dentro de un contexto peculiar desde el punto de vista científico. El envejecimiento poblacional está ocurriendo bajo un régimen que se conoce como de “polarización epidemiológica,” en el que el patrón de mortalidad se distingue porque entre la población de adultos mayores se manifiestan simultáneamente tanto enfermedades infecciosas como crónicas.³ Los países desarrollados no empezaron a envejecer bajo estas circunstancias. Los niveles de enfermedades infecciosas que se observan en México entre la población en edad avanzada son más altos de lo que se esperaría dado los niveles observados de enfermedades crónicas. Sin duda que la contribución relativa de ambos tipos de enfermedades le darán forma a la dinámica de la salud que observaremos entre la población de adultos mayores actual y en el futuro cercano. Esta dinámica se verá asimismo afectada por las condiciones socioeconómicas y ambientales de la población, y seguramente variará por regiones del país. Se conoce poco acerca del proceso de envejecimiento bajo estas condiciones un tanto únicas. Se esperaría que los síntomas que pudieran manifestarse en edad avanzada así como la carga de discapacidad funcional fuera mayor bajo las condiciones descritas, en comparación con países que empezaron a envejecer antes o que envejecerán después de haber completado la transición epidemiológica.^{4,5} Todo esto deberá tener importantes consecuencias para la sociedad en general y en particular para las demandas de atención a la salud.

Además del régimen mixto de enfermedades y condiciones prevalentes entre la población dado por enfermedades crónicas e infecciosas, el envejecimiento actual en México se está dando bajo un régimen de polarización socioeconómica, donde la desigualdad de acceso a recursos económicos y de atención a la salud es y ha sido históricamente aguda. Es por ello que se intentó hacer énfasis en este volumen sobre los aspectos socioeconómicos y la pobreza de la población. En este sentido, es importante señalar que hay dos tipos de pobreza entre adultos mayores: 1) pobreza estructural, o de toda la vida; y 2) pobreza que se precipita en la edad avanzada por falta de protección, ya sea por un evento de salud catastrófico, mala planeación personal, mercados imperfectos, desintegración o crisis familiar. Por lo tanto, las políticas de protección a los adultos mayores deben tener enfoques diferentes dependiendo de la vulnerabilidad o pobreza de que se trate. El énfasis en este volumen no

es hacia la pobreza estructural, aunque se reconoce que en muchos casos la pobreza que se observa pueda ser de este tipo.

En sociedades en las que la remuneración al trabajo es la principal fuente de ingreso, como es el caso de México, las consecuencias de la pérdida o disminución en la capacidad de generar ingreso pueden ser catastróficas. Esta disminución se puede dar ya sea por daños a la salud que se presentan en edad media o avanzada, o como resultado de una reducción en la productividad laboral o exclusión del mercado laboral por la edad avanzada. Es importante reconocer que aunque se perciba la posible precipitación de la pobreza en estas edades, existe la realidad de una baja capacidad financiera del Estado para mantener el nivel de consumo de esta población, o de la población en general. En este contexto, el papel de la red familiar y social es de alta relevancia, y por lo tanto debe figurar prominentemente en la formulación de políticas públicas. Además de programas de pensiones o de ingreso a la población en edad avanzada, las políticas de protección contra la pobreza en el envejecimiento posiblemente deban enfatizar por ejemplo, programas de seguridad social para promover el ahorro y el seguro contra riesgos, así como programas sociales para apoyar la red familiar en caso de eventos inesperados.

Se buscó con este volumen tratar algunas de las múltiples dimensiones del bienestar de la población en el proceso de envejecimiento, con énfasis en la salud. Para integrarlo se seleccionaron trabajos de autores que representaran diversas disciplinas; interesaba cubrir una variedad de enfoques y puntos de vista acerca del tema. Una característica común de los trabajos presentados es que se reconoce la heterogeneidad del envejecimiento en México. No solamente se consideran desigualdades en cuanto a la salud, las condiciones socioeconómicas, el acceso a servicios y seguridad económica, sino que se reconocen estratos específicos de la población que por su naturaleza misma, conforman grupos que ofrecen una problemática diferente en cuanto al envejecimiento de su población. Así, se describe la problemática de diferentes estratos (no necesariamente mutuamente excluyentes), por ejemplo las mujeres diferentes de los hombres, a los grupos indígenas y con mayor marginación, a las poblaciones que residen en áreas urbanas diferenciados de los que residen en áreas rurales, a los que fueron migrantes internacionales y se encuentran de regreso en México, y a los inmigrantes que se encuentran más allá de las fronteras del país, en Estados Unidos de América. A través de las diversas contribuciones se manifiesta un reconocimiento de las múltiples "caras" de la población en edad avanzada. Asimismo, se enfatiza la interacción entre las generaciones de adultos mayores y las generaciones más jóvenes cuando se reconoce la necesidad de modificar y reforzar el sistema de apoyo intergeneracional, tanto en forma de pensiones como en los cuidados y apoyos familiares.

Elsa Resano y Gustavo Olaiz resumen la situación demográfica, socio-económica, y de salud actual de la población de 50 años o más en México. Se observa que la porción de la población de edad media y avanzada en México ha crecido de manera significativa en los últimos 10 años. Se presenta la distribución de esta población de acuerdo a la edad, género, y por entidad. Un poco más de la mitad de esta población son mujeres, y se observa que la población en este grupo etáreo tiende más a vivir en comunidades urbanas que rurales, sobre todo las mujeres. También se presentan los arreglos residenciales de la población, su nivel de escolaridad, y de participación en la fuerza de trabajo. Finalmente se consideran el ingreso y la derechohabiencia para recibir atención médica, así como el nivel de salud con indicadores auto-reportados. Resaltan el nivel bajo de los ingresos, y la proporción alta de esta población que no cuenta con derechohabiencia a servicios médicos. Estos dos factores combinados plantean la posibilidad de tener grandes grupos de población en edad media y avanzada en situación vulnerable, es decir, sin acceso a servicios médicos y sin posibilidad de pagar por la atención que necesiten.

Se incluye un capítulo de Nelly Salgado de Snyder acerca de género y pobreza basado en estudios etnográficos en comunidades rurales de Morelos y Guerrero. Se menciona cómo la vejez en pobreza afecta más severamente a las mujeres que a los hombres en el medio rural, dado el rol tradicional de aquéllas en cuanto al número elevado de hijos, condiciones de vivienda inadecuadas, y falta de atención preventiva y curativa para la salud reproductiva a lo largo de su ciclo vital. Asimismo, se argumenta que la tradición de arreglos residenciales extensos coloca a las mujeres en roles continuos de responsabilidad hacia la atención a diversas generaciones de los miembros de la familia. Se reporta la heterogeneidad en el nivel de bienestar en salud de los ancianos, de acuerdo con la disponibilidad de apoyo institucional, fuentes de ingreso, apoyo familiar y social, y religiosidad. Un aspecto interesante de este estudio es la incorporación de condiciones etno-culturales para definir la salud, en particular la salud mental. Aunque las mujeres reportan mayor prevalencia de condiciones depresivas, los hombres presentan mayor propensión a la soledad.

Víctor Manuel Mendoza Núñez presenta un trabajo donde se discuten aspectos psicosociales de las enfermedades crónicas en la vejez en pobreza. Se argumenta la importancia de estos aspectos para la calidad de vida de los adultos mayores. La importancia del aspecto psicológico se justifica plenamente en cuanto a que puede afectar la salud física y funcionalidad por el tratamiento que se le pueda dar a las enfermedades físicas. Asimismo, impacta en la situación económica en cuanto a que los aspectos psicosociales afectan la capacidad de permanecer productivo. Se presenta un enfoque multidimen-

sional para fomentar un envejecimiento exitoso, enfatizando la necesidad de individualizar la interpretación de este resultado al contexto regional y local en que se desarrollan los individuos. El autor aborda el género en salud mencionando los orígenes biológicos que dan como resultado las diferencias observadas en la salud de los hombres y las mujeres en edad avanzada. Aunque el aspecto biológico parecería proporcionarle una ventaja a la mujer, se observa que esta ventaja tiene como contrapartida una desigualdad social que le proporciona la ventaja al hombre. El poder contrarrestar las desventajas para ambos géneros es el reto para la comunidad científica y los diseñadores de programas de acción social. Se presenta un modelo de atención comunitaria para adultos mayores, el cual incluye aspectos de vigilancia de la salud, capacitación de recursos humanos, orientación a la red familiar, así como adaptación y desarrollo de los adultos mayores.

Roberto Ham Chande presenta un capítulo que incluye enfoques y perspectivas acerca del envejecimiento en México. Se resume el tratamiento del envejecimiento como tema de estudio demográfico en las últimas dos décadas. Se subraya la importancia actual del tema para las reformas en la seguridad social y en el sector salud, así como la vulnerabilidad de la población en cuanto a la salud, situación económica, relaciones familiares y las relaciones entre las diversas generaciones. Reflexionando sobre el proceso de envejecimiento, se habla de incorporar algunos de los enfoques desarrollados con datos de países desarrollados a la situación de México, mencionando posibles bases de datos que pudieran contribuir a esos esfuerzos. Se hace un llamado para realizar estudios de investigación dentro de un proceso que reconoce la diversidad del país, la vulnerabilidad y los riesgos dentro de dicha diversidad, así como el papel del individuo y su familia, el sector privado, y el sector público como actores principales. Se presenta un enfoque para manejar la vulnerabilidad en el envejecimiento, de acuerdo con acciones de cada tipo de actor y los niveles de acción, desde la prevención hasta el manejo de situaciones catastróficas en la salud y en la seguridad económica.

Rebeca Wong escribe acerca de la relación entre el nivel socioeconómico y la salud entre población de edad media y avanzada en México. Se documenta que la relación que guarda el nivel de los bienes acumulados con la salud auto-reportada es estrecha y directa; individuos con mejor posición económica reportan mejor salud. Se compara la relación para México con la de otros países desarrollados y se examina la relación por separado para hombres y mujeres. La heterogeneidad por género es central, ya que la hipótesis principal es que la asociación entre nivel económico y salud debiera ser menos estrecha para las mujeres que para los hombres, dado que aquéllas en general juegan un rol económico menos prominente a lo largo de su ciclo de vida, por lo que su

salud debiera estar ligada a su posición económica de una manera menos clara. Esta hipótesis resulta interesante porque puede implicar que las políticas sociales diseñadas para alcanzar una mejor salud en edad avanzada pueden entonces ser diferentes para los hombres que para las mujeres. El combate a la pobreza no necesariamente sería tan importante para la salud de las mujeres como la de los hombres; pero otras políticas podrían ganar relevancia y tener un mayor impacto en particular para el bienestar de las mujeres.

Leticia Robles Silva presenta un capítulo sobre los cuidadores de la población en edad avanzada. La autora se refiere a los múltiples usos del tiempo de las cuidadoras (que suelen ser mujeres) y la competencia que se da por el tiempo de estas mujeres en cuanto a actividades laborales, de cuidado de hijos y de cuidado de padres, cónyuges u otros familiares con alguna discapacidad generalmente asociada con edad avanzada. Aquí se reconoce la heterogeneidad en la forma en que se vive el rol de cuidadora, dependiendo del acceso a recursos, a apoyos de otros familiares o una red social, y a los arreglos residenciales que se pueden mantener. Todo esto englobado en diferentes contextos: de clase media, o entre grupos con pobreza crónica en comparación con aquéllos de pobreza precipitada en la vejez. En todos los casos, es probable que se den conflictos cuando el cuidado ha de otorgarse en un contexto de pobreza. La autora menciona las formas en que las familias manejan los cuidados, y la forma en que financian las demandas de la salud de la población en edad avanzada. La red social, pero sobre todo la familiar, adopta estrategias de sobrevivencia, incluyendo la migración internacional a Estados Unidos para solventar las necesidades del cuidado y atención a la salud. En el capítulo también se cuestionan las políticas que pudieran diseñarse para apoyar a las generaciones de cuidadoras (y cuidadores), tanto en forma de educación o capacitación para sus labores de cuidado, como de apoyo institucional para los que trabajan fuera del hogar. Finalmente, también se enfatiza la necesidad de continuar examinando las consecuencias que el cuidado pueda tener para las cuidadoras mismas, ya que pueden empobrecer a consecuencia de tener que proporcionar cuidados, y el rol de cuidador puede impactar negativamente en su propia salud a mediano o largo plazo.

El trabajo de Ronald Angel, Jacqueline Angel, y Kyriakos Markides trata sobre la salud de los mexicanos de edad mayor que son inmigrantes en los Estados Unidos de América. Este grupo de la población representa un grupo de mexicanos que encontrándose fuera del país impacta en la población residente en México de maneras importantes. Por un lado, el volumen de inmigrantes ha sido y continuará siendo significativo, lo suficiente para que ambos países se preocupen por el bienestar de la población involucrada. Segundo, porque su permanencia en el extranjero pudiera ser temporal y pueden potencialmente regresar a residir en México hacia el final del ciclo de

vida. Y tercero, porque si existe algún proceso de selección por salud de la población que emigra de México, esto puede tener implicaciones para la población que se queda en el origen. Los autores aquí también reconocen una heterogeneidad del inmigrante mexicano que se encuentra en EUA en edad avanzada; el tiempo de residencia en el extranjero, el nivel de asimilación por ejemplo en cuanto al dominio del idioma inglés, y la edad al emigrar, son algunos aspectos que determinan la manera en que el proceso de migración puede afectar la salud de esta población. Las mujeres tienen una experiencia y motivaciones muy distintas a las de los hombres para migrar a Estados Unidos, por lo que las diferencias por género resultan relevantes. Se discute cómo el rol de la familia y la red social adquieren aún mayor importancia en un contexto de pobreza y de residencia en un país extranjero. Por otro lado, la falta de acceso y la resistencia al uso de servicios médicos o sociales fuera de México puede impactar de manera importante en la salud del anciano que reside en Estados Unidos.

Se incluye un capítulo por Laureano Reyes Gómez, donde se discute la ancianidad en grupos indígenas de México, en particular en Chiapas. Aquí se incluye y se clasifica la heterogeneidad inclusive del anciano indígena, en contextos de pobreza aguda y de marginación alta, es decir, sin apoyo institucional. Se documenta cómo se percibe la vejez a través de estudios etnográficos, concluyendo que la percepción no es uniforme entre la cultura indígena, sino que se ve matizada por aspectos de desigualdad económica, de salud, y de los comportamientos individuales a lo largo del ciclo de vida. Se argumenta que el rol como anciano del hombre se encuentra establecido formalmente, pero no así el de la mujer. Asimismo se menciona que el anciano indígena ha perdido poder y prestigio con la modernización, nuevamente siendo las mujeres las que han perdido más relativamente, ya que su papel subordinado se ha agudizado con el desarrollo económico. Dentro de la clasificación de los tipos de ancianos indígenas, se enfatiza el que se encuentra bajo condiciones de extrema pobreza, con enfermedad crónica y en soledad.

Los autores que han contribuido con sus trabajos para este volumen representan una gama de disciplinas, de formas en que se desarrollan y se tratan los temas, y de enfoques tanto cuantitativos como cualitativos y de resumen bibliográfico. Todos ellos han hecho referencia a la necesidad de seguir trabajando con grupos multidisciplinarios y a la necesidad de que las políticas públicas consideren los resultados de sus trabajos. Se espera que el volumen como grupo contribuya al esfuerzo continuo que se hace en México y otros países para la investigación dentro del tema, y que motive a estudiantes y otros investigadores a formular nuevos trabajos para reafirmar algunos de los resultados presentados, ahondar en algunas de las preguntas planteadas

por los autores, e incluso para cuestionar algunos de los resultados o conjeturas señaladas.

En el presente volumen se hizo un énfasis en el tema del envejecimiento con una perspectiva de género y pobreza, reconociendo la heterogeneidad de la población y por lo tanto del proceso de envejecimiento y sus consecuencias. Como lo mencionan los autores mismos en cada trabajo, la labor de investigación por esta ruta tiene un largo camino por andar. Nuestra impresión es que el campo es aún bastante fértil en nuestro país, presentando retos metodológicos y de conceptualización para investigadores en una variedad de disciplinas. Afortunadamente existe actualmente el interés académico y político, y el acervo de datos para continuar estos esfuerzos en México.

Referencias

1. Kinsella, K. Demographic dimensions of global aging. *J Fam Issues* 2000;21(5):541-558.
2. Wong R. Global population aging. En: *Encyclopedia of life support systems (EOLSS). Human Development Theme*. Paris and Oxford: UNESCO: EOLSS, 2002. También disponible en: www.eolss.net.
3. Frenk J, Frejka T, Bobadilla JL, Stern C, Sepúlveda J. Elements for a theory of the health transition. *Health Transition Rev* 1991;1(1):21-38.
4. Palloni A, Pinto G, Pelaez M. Demographic and health conditions of ageing in Latin America. *Int J Epidemiol* 2002;31:762-771.
5. Bobadilla JL, Possas CA. Health policy issues in three Latin American countries: implications of the epidemiological transition. En: Gribble JN, Preston S, ed. *The epidemiological transition: Policy and planning implications for developing countries*. Washington, D.C: National Academy Press, 1993.

LAS PERSONAS DE 50 Y MÁS AÑOS

ELSA RESANO PÉREZ
GUSTAVO OLAIZ FERNÁNDEZ

¿CUÁNTOS SON Y CUÁL ES SU DINÁMICA?

El XII Censo de Población y Vivienda 2000 da cuenta de 97.5 millones de habitantes en la República Mexicana, de los cuales, 13.1 millones son personas que tienen 50 o más años de edad. En la figura 1 se muestran los cambios que ha presentado la estructura de la población entre los censos de 1990 y el 2000, por grupos de edad y sexo. Aun cuando no es de nuestro interés hacer una estricta descripción demográfica al lector, es importante señalar que la base de la pirámide poblacional se empieza a hacer más estrecha, por lo que la población joven representa cada vez una mayor proporción y empieza a verse más ancha en la parte superior, ya que poco a poco la población de 50 años y más crece, así en el censo de 2000 llegó a 13.5% de la población total, mientras que en 1990 fue de 11.3%. Este crecimiento que parece pequeño, en términos demográficos es muy grande, ya que significa que más de dos millones de personas se agregaron a este grupo de edad.

¿Dónde vive la población de más de 50 años?

Hay tres entidades que tienen más de un millón de personas de 50 y más años, el Estado de México, el Distrito Federal y Veracruz, en conjunto concentran a 30.0% de la población de este grupo de edad. Jalisco, Puebla, Guanajuato, Michoacán y Nuevo León, tienen más de medio millón de personas en ese grupo y en conjunto estas ocho entidades agrupan a más de la mitad de dicha población.

Otros estados, en especial aquellos que tienen una migración importante, tienen comparativamente menos habitantes en este grupo de edad; Baja California Sur, Quintana Roo, Colima y Campeche son las cuatro entidades con el menor número de personas de 50 y más años.

Aun cuando es claro que existe una relación entre la población total de cada entidad y la población de 50 y más años de edad, no hay un orden en esto, ya que en algunas la transición al envejecimiento de la estructura de la población se presenta más acentuada.

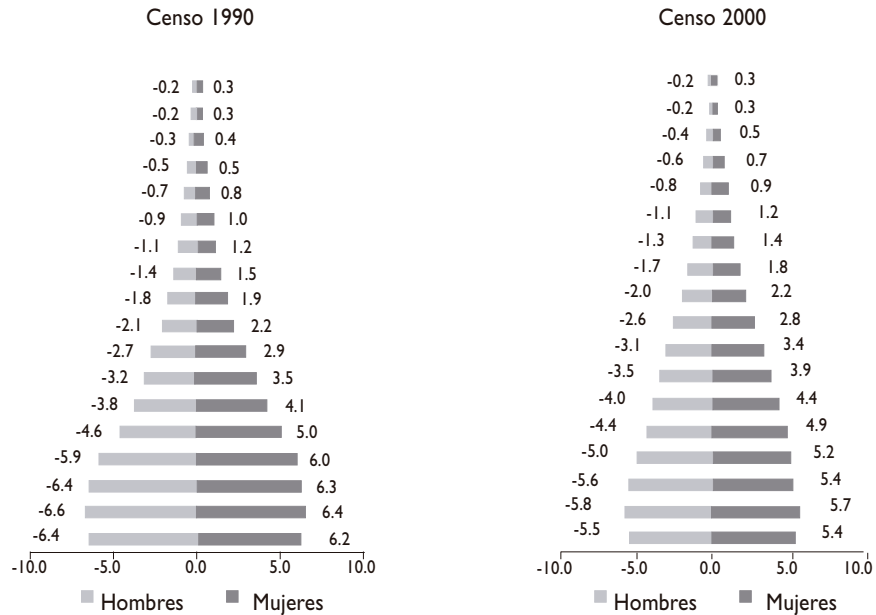


Figura 1. Distribución porcentual de la población por grupos quinquenales de edad y sexo

Fuente: INEGI, Censo General de Población y Vivienda.

Es interesante señalar que la población del grupo de edad que nos ocupa tiene diferencias marcadas en cuanto al lugar donde vive, es más común encontrarla en comunidades urbanas (de más de 15 000 habitantes) que en comunidades rurales (de menos de 15 000 habitantes), esto es especialmente cierto para las mujeres, en donde cerca de dos de ellas viven en zonas urbanas por cada una que vive en zonas rurales. Esta diferencia merece estudiarse de forma intencionada, ya que puede deberse a un fenómeno migratorio o puede ser consecuencia de una menor sobrevivencia de la mujer que vive en áreas rurales. Independientemente de la respuesta, la inequidad en los niveles de salud es patente.

¿Cómo está estructurada la población de 50 años y mayores?

Como es de todos sabido, la mujer vive más que el hombre, por lo que no es raro encontrar que un mayor porcentaje de este grupo son mujeres (52.5%); por supuesto, conforme avanza la edad la diferencia es cada vez mayor.

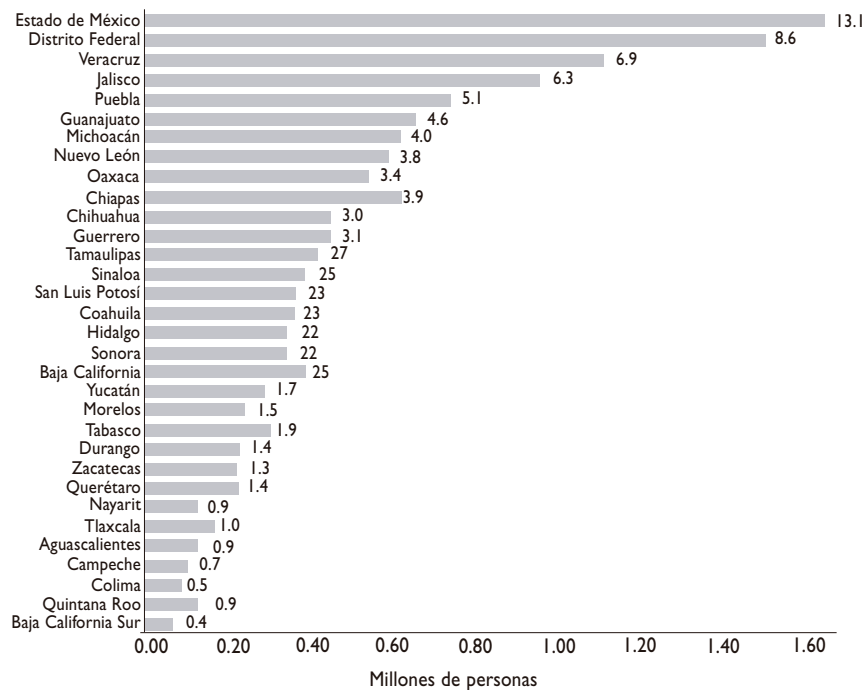


Figura 2. Distribución de la población por entidad federativa, 2000. Población de 50 y más años

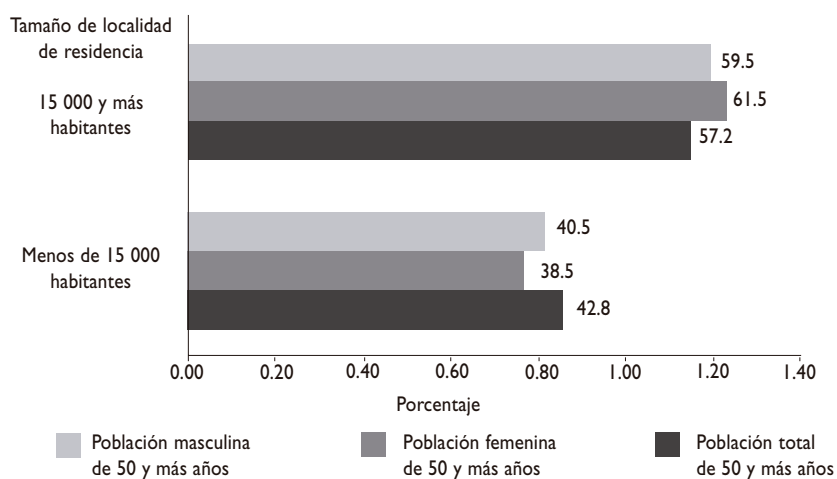


Figura 3. Porcentaje de población de 50 y más años por tamaño de localidad de residencia, según sexo. Muestra censal 2000

Cuadro I
Distribución porcentual de la población de 50 y más años por grupos de edad y sexo. Muestra censal 2000

Grupo de edad	Población total	Hombres	Mujeres
Total	100.00	47.46	52.54
50-59 años	46.05	46.80	45.36
60-69 años	29.98	29.90	30.04
70-79 años	16.46	16.39	16.53
80 y más años	7.51	6.90	8.07

La probabilidad de sobrevivir dentro del grupo es diferente, así tenemos que 46.1% de esta población se encuentra entre los 50 y los 59 años de edad, 30.0% corresponde al grupo de 60 a 69 años; en el siguiente grupo de edad se tiene una disminución significativa (13.5 puntos porcentuales), con lo que la proporción de población en el grupo 70-79 años es de 16.5%, y para el grupo de 80 y más años es 7.5%. Estos datos señalan que existe una menor sobrevivencia a partir de los 70 años.

Cuadro II
Porcentaje de hogares según tipo y clase de hogar.¹ Muestra Censal 2000

Hogares	Total
Total	8 786 181
Hogares familiares	89.8
Nuclear	47.9
Ampliado	40.3
Compuesto	1.0
Familiar no especificado	0.6
Hogares no familiares	10.2
Unipersonales	9.7
Corresidentes	0.3
No familiar no especificado	0.2
No especificado	0.1

¹ Para clasificar a los hogares no se consideró la presencia de empleados domésticos y sus familiares

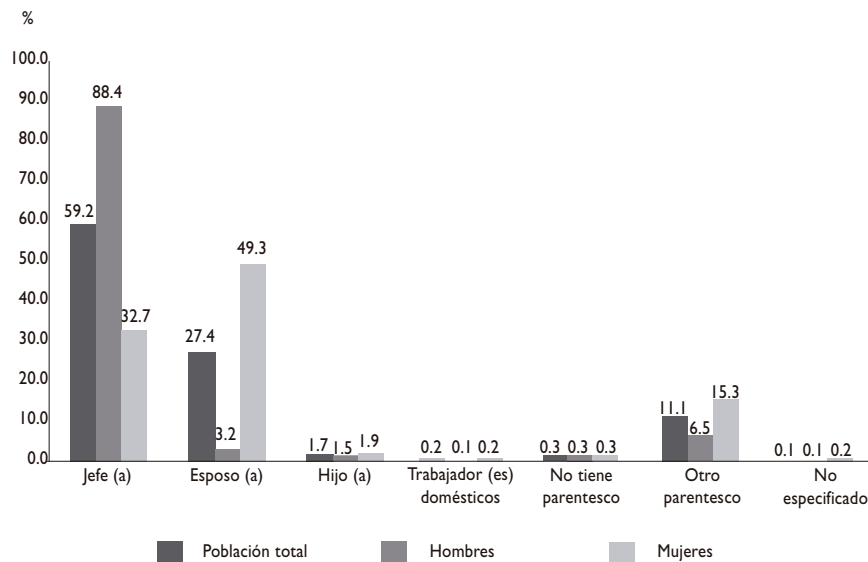


Figura 4. Distribución porcentual de la población de 50 y más años, de acuerdo a la relación de parentesco en el hogar, según sexo. Muestra censal 2000

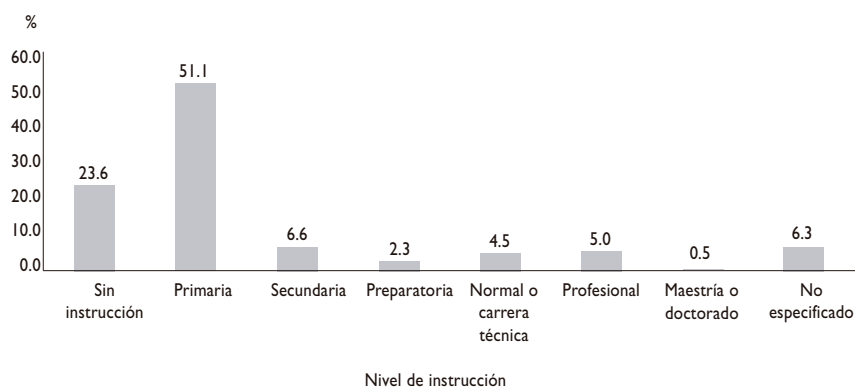


Figura 5. Distribución porcentual del nivel de instrucción de la población de 50 y más años. Muestra Censal 2000.

¿Cómo son los hogares que cuentan con personas de 50 y más años?

De acuerdo con la muestra del XII Censo de Población y Vivienda 2000 hay 22.6 millones de hogares en el país y en 8.8 millones de ellos habitan personas de 50 y más años, esto es, en 38.8% de los hogares hay adultos mayores.

El promedio de personas por hogar en México es de 4.29, mientras que en los hogares con individuos en estas edades es de 4.22. En estos hogares se tiene un promedio de 1.5 personas de 50 y más años. La mayor parte de este grupo aún vive en hogares familiares (9 de cada 10) y sólo en uno de cada diez, las personas de 50 años y mayores viven solas. Esto muestra que, en general, las redes familiares siguen siendo importantes en México.

En lo que respecta a la relación de parentesco que guardan en el hogar las personas de 50 o más años se encuentra que 59.2% son jefes de hogar, 27.4% son esposo(a), 11.1% tienen otro parentesco y 1.7% son hijos o hijas.

Al observar la relación de parentesco de esta población según sexo, se aprecia que 88.4% de los hombres son jefes de hogar, pero sólo 32.7% de las mujeres lo son. Sin embargo, 3.2% de los hombres se consideran como la pareja del jefe, mientras que 49.3% de las mujeres se encuentran en esta relación de parentesco. Otra diferencia importante por sexo se presenta en "otro parentesco" pues 15.3% de las mujeres se encuentran en esta categoría, en comparación con sólo 6.5% de los hombres. Estos, generalmente representan a las personas que se incorporan a hogares formados por diferentes circunstancias y son uno de los grupos de mayor riesgo SOCIAL y de salud.

¿Qué escolaridad tienen los de 50 años y más?

México ha transitado por un largo proceso de escolarización y éste se puede observar en su población. Los grupos más jóvenes tienen un mayor nivel de instrucción. En la figura 4 se puede apreciar que 24 de cada 100 personas que pertenecen a este grupo etáreo no tienen instrucción, 51 de cada 100 tienen al menos un año de primaria, lo cual quiere decir que tres cuartas partes prácticamente se encuentran sin instrucción. En el otro extremo, sólo 6 de cada 100 tienen una profesión.

¿En qué trabaja la población de 50 años y más?

En relación con la condición de actividad de las personas que pertenecen a los grupos de edad mayores se tiene que 41.8% de ellas son población económicamente activa (PEA) y que 99.2% trabajó. Por otra parte, la población

Cuadro III
Distribución porcentual de la población de 50 y más años por condición de actividad, según sexo. Muestra censal 2000

Condición de actividad	Hombres	Mujeres	Total
Población total	100.0	100.0	100.0
Población económicamente activa	65.9	20.0	41.8
Trabajó	99.1	99.8	99.2
Buscó trabajo	0.9	0.2	0.8
Población económicamente inactiva	33.9	79.8	58.0
Estudiante	0.0	0.1	0.1
Se dedica a quehaceres del hogar	3.0	73.2	53.7
Jubilado o pensionado	27.0	3.7	10.2
Incapacitado permanentemente para trabajar	6.8	1.5	2.9
No trabaja	63.2	21.6	33.1
No especificado	0.2	0.2	0.2

económicamente inactiva (PEI) es 58.0%; al interior de la PEI se tiene la siguiente distribución: un poco más de la mitad se dedica a los quehaceres del hogar, 10.2% corresponde a jubilados o pensionados, 33.1% no trabaja y 2.9% está incapacitada para trabajar.

De acuerdo con el sexo se observan diferencias importantes, ya que 65.9% de los hombres se declara como PEA, y en el caso de las mujeres este indicador sólo alcanza el 20.0%. Situación contraria sucede con la PEI, pues mientras 33.9% de los hombres se encuentran en esta categoría, las mujeres representan 79.8%. Esto se explica porque la mujer de más de 50 años, en su gran mayoría se dedica a las labores del hogar.

En el caso de las personas jubiladas o pensionadas, uno de cada cuatro hombres se encuentra en esta situación, pero sólo el 3.7% de la población económicamente inactiva femenina es jubilada o pensionada. El riesgo económico para la mujer es notablemente mayor, por lo que es fácil entender los procesos de pobreza y salud por los que atraviesan.

El nivel de los ingresos totales para esta población también es desigual según el sexo de las personas, ya que como puede observarse en la figura 6, la mitad de las mujeres no recibe ningún ingreso o es menor a un salario mínimo al mes, mientras que para los hombres este porcentaje es de 29.8%, es decir, que casi el doble de las mujeres se encuentra en esta situación, al compararlas con la población masculina.

Por otra parte, es necesario señalar que el nivel de ingresos para la población que se ubica en los grupos de mayor edad permite afirmar que se encuentran en condiciones económicas precarias, pues 84 de cada 100 mujeres en este grupo etéreo recibe menos de tres salarios mínimos y en el caso de los hombres se tiene 76 de cada 100.

Con la finalidad de ubicar al lector, resulta conveniente mencionar que en el año 2000 el salario mínimo vigente oscilaba entre \$981.00 y \$1 137.00 de acuerdo con las áreas geográficas en ese año, por lo que 84% de la mujeres y 76% de los hombres en estas edades, vivían a lo más con alrededor de \$3 000.00 mensuales.

LAS CONDICIONES DE SALUD Y DERECHOHABIENCIA

La proporción de personas que no tiene derecho a ninguna institución de salud y que corresponde a la población abierta, la cual, es responsabilidad de la Secretaría de Salud es de 51.4%, al IMSS le corresponde brindar servicios de salud a 36.2%, al ISSSTE 8.6% y el resto de las instituciones de seguridad abarcan 2.7% de la población en estos grupos de edad.

Por sexo se presentan diferencias, pues 53.3% de la población masculina no tiene derechohabiencia y para las mujeres es 49.7%; en lo que respecta al derecho a recibir servicios de salud en el IMSS, 35.2% son hombres y 37.2% mujeres, el ISSSTE cubre a 7.9% de la población masculina y 9.4% de la femenina; la proporción de hombres y mujeres cubiertos por las otras instituciones de seguridad es similar.

Estos resultados muestran que más de la mitad de la población mayor no tiene derecho a servicios de salud, por lo que tiene que pagar de manera privada, ya sea en la Secretaría de Salud o en servicios privados. Debido a su bajo nivel de ingresos se encuentra en desventaja, cuando se le presenta la necesidad de hacer uso de servicios de salud, más aún con el incremento de las enfermedades crónico-degenerativas que se presenta en este grupo de edad.

La discapacidad

Una de cada 10 personas en este grupo de edad declaró tener algún tipo de discapacidad, más o menos la misma proporción para hombres y mujeres. El factor de mayor importancia es la edad, hasta alcanzar su máximo en la población de 80 años y más, en donde una tercera parte declararon tener alguna discapacidad.

Las principales causas de discapacidad se relacionan con la motriz en donde 44.1% de los hombres la padecen y 47.6% de las mujeres; la siguiente

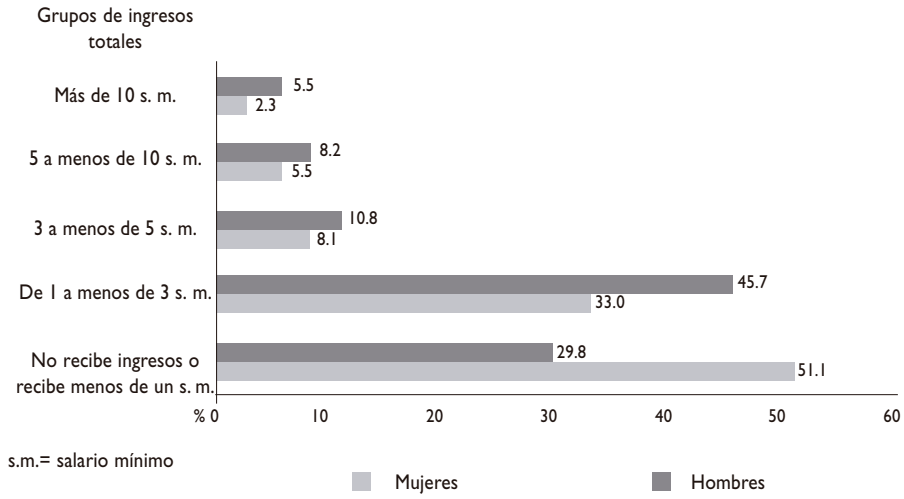


Figura 6. Distribución porcentual de la población de 50 y más años por grupos de ingresos totales mensuales, según sexo. Muestra censal 2000

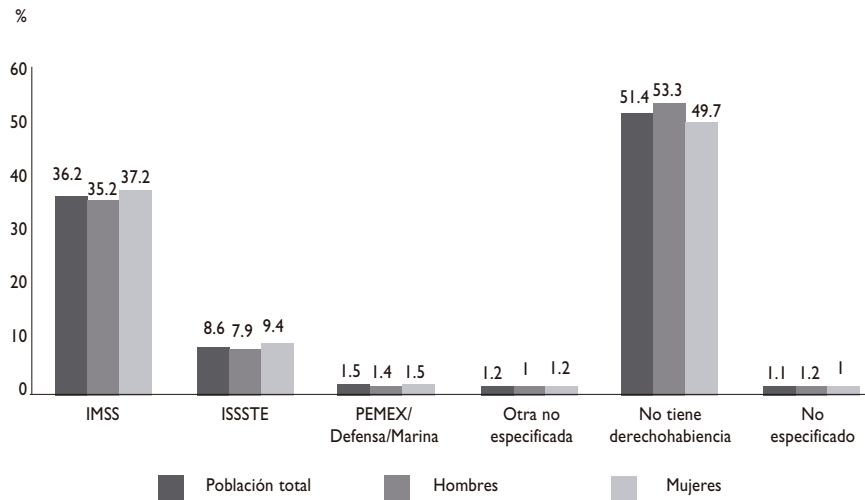


Figura 7. Distribución porcentual de la población de 50 y más años por condición de derechohabencia según sexo. Muestra Censal 2000

Cuadro IV
Distribución porcentual de la población de 50 y más años por sexo y grupos de edad, según condición y tipo de discapacidad. Muestra Censal 2000

Sexo y grupos de edad	Con discapacidad					Sin discapacidad
	Total	Motriz	Auditiva	Visual y de lenguaje	Mental	
Hombres						
50-59 años	4.7	44.5	13.4	35.6	6.5	94.5
60-69 años	8.4	46.8	17.4	32.2	3.6	90.7
70-79 años	16.1	43.9	22.0	31.2	2.9	82.9
80 y más años	31.5	40.8	25.6	31.2	2.5	67.2
Total	9.5	44.1	19.6	32.5	3.8	89.6
Mujeres						
50-59 años	3.8	40.7	11.6	42.0	5.6	95.3
60-69 años	7.6	46.3	12.0	38.6	3.1	91.4
70-79 años	15.3	50.3	14.8	32.3	2.6	83.4
80 y más años	33.7	49.9	16.8	29.8	3.5	64.9
Total	9.3	47.4	14.1	35.0	3.5	89.7

discapacidad en importancia es la visual con 32.5% y 35.0% para hombres y mujeres respectivamente; la auditiva ocupa el tercer lugar entre los tipos de discapacidades con 19.6% de los hombres y 14.1% de las mujeres.

La información anterior muestra que existen diferencias entre los sexos por tipo de discapacidad y tanto los problemas motrices como los visuales se presentan con más de 2 puntos porcentuales por arriba para las mujeres, lo que significa un mayor deterioro de la población femenina en las condiciones de independencia como individuo, pues tanto la visión como las limitaciones de movimiento, son algunas de las condiciones más importantes para tener libertad de acción y desarrollar las actividades cotidianas.

Esta situación conlleva diversas implicaciones, ya que una elevada proporción de discapacitados requieren de cuidados especiales, y los servicios de salud deben satisfacer no sólo la demanda de atención ambulatoria, sino de atención hospitalaria, para dar cabida a operaciones, tratamientos especiales de rehabilitación y también satisfacer las necesidades de aparatos ortopédicos, entre otras.

La principal causa de discapacidad es ocasionada por la edad avanzada ya que 40 de cada 100 discapacitados lo declaran así, el segundo lugar lo ocupa la enfermedad con 35 de cada 100 y los accidentes ocupan el tercer lugar con 16 de cada 100. La proporción para las otras causas de la discapacidad sólo afectan a 4 de cada 100 personas mayores que declaran tener alguna

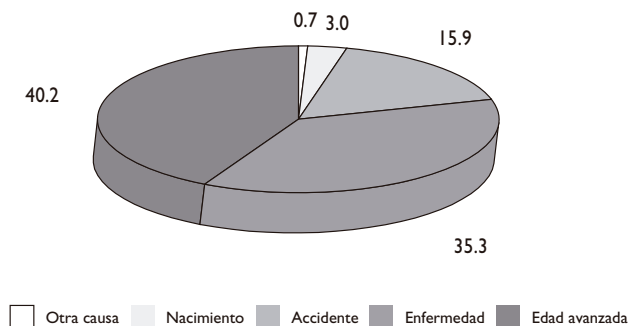


Figura 8. Distribución porcentual de la causa de la discapacidad de la población de 50 y más años. Muestra censal 2000

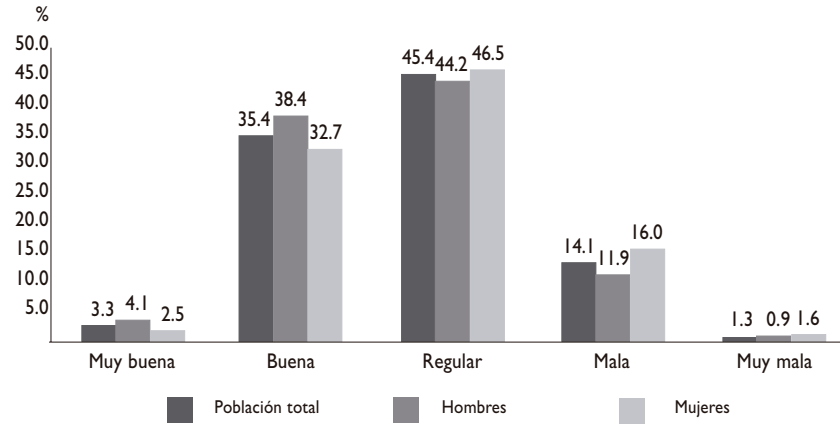
discapacidad, por lo que se puede afirmar que estos problemas son básicamente ocasionados por el deterioro en las condiciones de salud, producto del avance de la edad.

El estado de salud

La información proveniente de la Encuesta Nacional de Salud (ENSA) 2000 permite hacer el análisis de los principales indicadores del estado de salud de la población de 50 años y más. El concepto que las personas tienen sobre su estado de salud es de vital importancia para la utilización o no de servicios de salud, por lo que un indicador que muestra una primera aproximación a la demanda de estos servicios es la percepción que el individuo tiene sobre el particular.

La figura 9 muestra la distribución porcentual de esta percepción, y de ella se desprende que menos del 5% de la población se percibe con muy buena o muy mala salud, esto es, se ubica o en el extremo positivo o en el negativo; 45.4% aprecia su salud como regular, 35.4% como buena, pero 14.1% percibe su salud en malas condiciones, es decir, más de una por cada 10 personas.

Entre sexos se dan diferencias, pues mientras los hombres muestran una tendencia a tener una mejor percepción en su estado de salud, las mujeres lo perciben en peores condiciones, baste con ejemplificar que 16.0% de ellas se ubican con mala salud y de los hombres 11.9%; así 46.5% de la población femenina considera su salud regular en comparación con 44.2% de la masculina.



Percepción del estado de salud

Figura 9. Distribución porcentual de la población de 50 y más años según percepción de su estado de salud. ENSA 2000

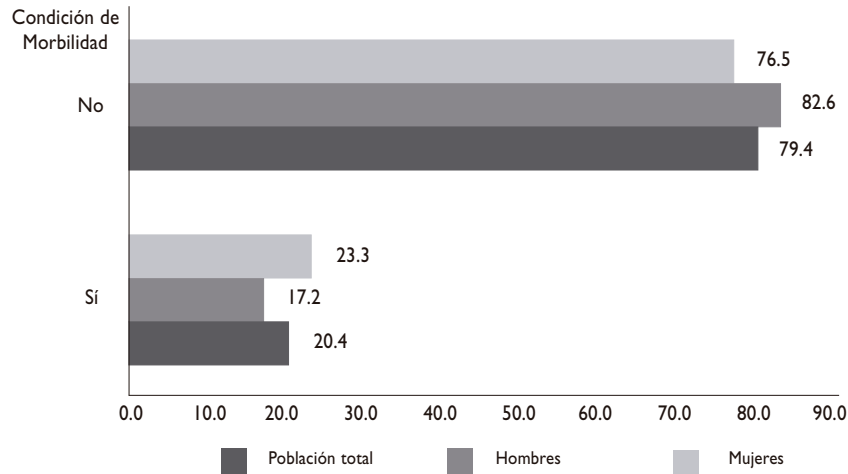


Figura 10. Morbilidad en las dos semanas previas a la entrevista de la población de 50 y más años. ENSA 2000

De acuerdo con la encuesta, 20.4% de esta población declara tener algún problema de salud, ya sea molestias, alguna enfermedad, o lesiones físicas por accidente o agresión. En lo que toca a la población femenina este indicador alcanza el valor de 23.3% y en la masculina toma el 17.2%, lo cual ratifica una mayor incidencia de problemas relacionados con la salud en las mujeres, hecho que puede estar afectado en cierta medida por la mayor sobrevivencia a edades más avanzadas de ellas, y el consecuente deterioro de su salud a mayor edad.

El cuadro V muestra los tipos de problemas de salud que afectaron a la población en estas edades; las principales enfermedades son las infecciones respiratorias que afectaron a una de cada cuatro personas que se declararon enfermas, le siguen en importancia las enfermedades crónicas, la hipertensión que afecta a 9 de cada 100 personas y la diabetes que se presenta en 7 de cada 100. Aun cuando los datos son relevantes, es necesario aclarar que son un claro sub-registro de estos problemas de salud, lo que añade a la condición de enfermedad la ignorancia del problema de salud.

Por otra parte se presentan también lesiones por accidentes en 4 de cada 100 de las personas, mismas que en estas edades producen limitaciones e incapacidad y afectan directamente sus bolsillos e incrementan la necesidad de hacer uso de los sistemas de salud, pues implican tratamientos, terapia, medicamentos, prótesis, operaciones que pueden ser sencillas y baratas o muy costosas, complejas y delicadas.

Otra situación que requiere especial atención es que 42.4% de la población no supo ubicar el problema de salud que tiene, lo cual significa que su percepción del proceso salud-enfermedad es impreciso y que posiblemente no ha acudido con un médico para lograr una detección o quizá hasta

Cuadro V
Distribución porcentual de la población de 50 y más años con problemas de salud en las 2 semanas previas por tipo de problema, según sexo. ENSA 2000

Tipo de problema de salud	Total	Hombres	Mujeres
Infecciones respiratorias	26.1	25.3	26.5
Hipertensión arterial	8.6	6.5	10.0
Diabetes	6.9	6.3	7.3
Dolor de cabeza	4.7	3.4	5.6
Lesiones físicas por accidentes	4.1	5.5	3.1
Diarrea	4.0	3.8	4.2
Artritis	2.6	1.8	3.2
Otro problema	42.4	46.9	39.3

prevención del problema de salud, lo que puede derivar en situaciones graves y costosas, tanto para la persona afectada como para los sistemas de salud.

CONCLUSIONES

Es clara la magnitud de la transición de la población mexicana hacia una estructura más numerosa en edades mayores, lo que hace necesario caracterizar los principales indicadores y retos que se encuentran en el proceso de envejecimiento, pues resulta fundamental que se busque la reducción de los riesgos y necesidades a través de las políticas públicas, como en los ámbitos económicos, de instituciones, de recursos humanos, etc., que apenas se empiezan a requerir, pero que serán una absoluta necesidad en el mediano plazo, con el fin de que se puedan enfrentar con éxito los cambios que nuestro país presenta.

Derivado de este breve análisis, es posible concluir que:

- Los cambios científicos y tecnológicos que han transformado las condiciones de salud, sociales y económicas de la población en México, han dado como resultado una fuerte disminución en la mortalidad y en la fecundidad y por lo tanto el proceso produce un cambio en la estructura por edad de la población mexicana, lo que genera que en estos momentos se viva la transición de pasar de ser una población joven a una población de mayores.
- Las condiciones sociales y económicas que prevalecen en las personas de 50 y más años son de inequidad, pues son quienes tienen menos acceso a educación, a trabajo, con menores niveles de ingreso y con la menor cobertura de los sistemas de jubilación o pensión, así como por el sistema de salud.
- Existe una relación directa entre edad, necesidades y gastos en salud. Sin embargo, el hecho de que 8 de cada 10 mujeres y hombres en estas edades, reciban ingresos menores a \$3 000.00 al mes, les hace muy difícil cubrir los gastos que ocasionan las enfermedades crónicas, por no señalar cirugías, prótesis, o procesos de rehabilitación que requieren de varios meses.
- Es necesario hacer un diagnóstico detallado de la población en franca etapa de envejecimiento con la finalidad de elaborar una planeación que permita prever sus necesidades. El envejecimiento, riesgos a la salud y pobreza aparecen fuertemente ligados y requieren de especial atención por parte de un sistema de salud en busca de equidad, calidad y protección financiera.

ENVEJECIMIENTO, GÉNERO Y POBREZA EN MÉXICO RURAL*

V. NELLY SALGADO DE SNYDER

Pues yo a veces pienso que, pues a veces me canso no crea, luego digo ¡Ay Diosito lindo, yo ya quisiera descansar siquiera una semana en mi casa, con mi esposo, muy tranquila pero ¿cómo? [...] si esa semana que pierdo siento que pues, ¿de dónde vamos a comer o cómo? (Mujer de Morelos, 67 años)

INTRODUCCIÓN

En la última mitad del siglo XX la población mundial se ha beneficiado de los adelantos tecnológicos que han traído como consecuencia cambios favorables en la salud poblacional, los cuales se reflejan en la erradicación de epidemias, la disminución de la mortalidad infantil y el aumento en la esperanza de vida al nacer.¹ Todo esto aunado a la disminución de las tasas de fertilidad, ha dado como resultado el cambio del perfil demográfico de casi todos los países del mundo, en donde el envejecimiento poblacional es el resultado de los adelantos en nutrición, educación para la salud, prevención y medicina moderna, que han prolongado la expectativa de vida notoriamente. La esperanza de vida al nacer aumentó a nivel mundial de 45 años en 1945 a 69 años en el 2000 y se proyecta que para el año 2050 los adultos mayores llegarán a los 78 años. Esto hace que este grupo poblacional sea el de mayor crecimiento a nivel mundial.² Dentro de 50 años, por primera vez en la historia, el número de ancianos superará al de niños y niñas en el mundo. Cabe aclarar que en este documento se utilizan los términos adulto mayor y/o anciano para hacer referencia a las personas de 60 años o más.

Las mujeres representan a la mayoría de la población envejecida en el mundo, por esta razón la vinculación entre el envejecimiento y las relaciones de género tiene una importante base demográfica. De acuerdo con cifras recientes, las mujeres constituyen 55% de la población mundial de 60 años y más y la mayoría de este grupo (58%) vive en países en desarrollo.¹ Una gran

Proyecto financiado por el Programa de Investigación para el Desarrollo Local de INDESOL (2002) y el Programa Fulbright New Century Scholar del CIES (2002).

proporción de las mujeres ancianas en el mundo son viudas, viven solas, en la pobreza, tienen una menor escolaridad, menos experiencia laboral y más responsabilidades de cuidados hacia los otros, que los ancianos hombres.²

En general las mujeres viven más que los hombres. En países en desarrollo como México, se ha documentado que la expectativa de vida de las mujeres es aproximadamente entre 3 y 5 años mayor que en los hombres; mientras que en los países desarrollados esta diferencia asciende a 10 años.² En Latinoamérica el promedio para la región muestra índices de feminidad de 111 para el bloque de edad de 60 a 64 años y de 145 para el de 80 y más años de edad. A pesar de que las mujeres viven más que los hombres, es común que pasen la mayoría de sus años de ancianidad con problemas de disfunción severa debido a múltiples enfermedades.³

El segmento con más crecimiento poblacional es el de los “ancianos viejos”, es decir, mayores de 80 años. Actualmente en los países desarrollados, 19% de las mujeres tiene 80 años o más, mientras que en los países en desarrollo esta proporción alcanza sólo 9%, pero este grupo continúa creciendo aceleradamente. De acuerdo con estimaciones demográficas recientes, el número de mujeres ancianas mayores se triplicará dentro de 25 años en los países en desarrollo. De aquí surge el término “la feminización del envejecimiento” el cual hace referencia a que la mayoría de la población de edad avanzada actualmente está constituida por mujeres y que este grupo continuará creciendo en los próximos años.⁴

Conforme la edad de la población aumenta las implicaciones sociales y las demandas también aumentan, ya que los ancianos (sobre todo las mujeres ancianas) tienden a ser más pobres, a tener más problemas de salud y a requerir más servicios de salud que el resto de la población. Dada la sobre-representación de las mujeres entre los ancianos mayores, parecería que las necesidades de ese grupo étnico, representa las necesidades de las mujeres.

En México, de acuerdo con proyecciones demográficas,⁵ la población mayor de 60 años de edad se duplicará hacia el año 2025. Las más recientes cifras dan cuenta de que aproximadamente la mitad de los ancianos mayores de 70 años en México vive bajo la línea de la pobreza y sólo alrededor de un tercio percibe un ingreso fijo. Esta situación es más severa para las mujeres debido a su mayor longevidad y parece sugerir que los últimos años de vida de las ancianas sean en malas condiciones. Los datos revelan que en el ámbito nacional, sólo 16% de las mujeres ancianas recibe una pensión por viudez, pero en la zona rural sólo cuatro de cada 100 mujeres viudas perciben un ingreso de pensión.* Estos hechos aunados a los datos que sugieren que en la

* Parker S, Wong R. Welfare of the elderly in Mexico: A comparative perspective. 1999. Documento no publicado.

República Mexicana la vejez acentúa los niveles de pobreza,⁶ deben ser razón suficiente para movilizar los recursos necesarios con el fin de brindar protección social a este grupo poblacional.

POBREZA

El Consejo Nacional de Población (CONAPO) reporta que más de la mitad de la población mexicana se encuentra viviendo en condiciones de pobreza,⁶ aunque la economía de las familias mexicanas no es aún muy tensa debido a la alta proporción de miembros de la unidad doméstica que trabaja en el sector informal de la economía, como el comercio ambulante y otras actividades. Sin embargo, el laborar en el sector informal les impide tener acceso a la seguridad social. De acuerdo con datos recientes de CONAPO, en 'pobreza alimentaria' se encuentran 24 millones de personas, otros 33 millones de mexicanos se ubican en 'pobreza de capacidades', mientras que 53 millones conforman el núcleo de 'pobreza patrimonial', donde se contabilizan estos dos.⁶

A pesar de que la proporción más grande de ancianos en México reside en zonas urbanas y semiurbanas, no podemos hacer a un lado a los que viven en las zonas rurales. Este grupo tiene necesidades especiales y ha enfrentado problemas de diversa índole que no comparten con los ancianos y ancianas urbanas. Por ejemplo, las zonas rurales de México se han envejecido primordialmente debido a la emigración continua y permanente de los hombres y mujeres más jóvenes hacia las ciudades y hacia Estados Unidos. Estos grupos poblacionales emigran de sus localidades de origen en búsqueda de mejores oportunidades de empleo, más variedad de empleos y trabajos mejor remunerados.⁷ El éxodo de los más jóvenes que se observa en las zonas rurales de México contribuye a que muchas localidades estén habitadas casi exclusivamente por ancianos, mujeres y niños. Los cambios poblacionales han contribuido a que los ancianos y ancianas en las zonas rurales estén desprotegidos, ya que se encuentran generalmente solos y sin ningún apoyo por parte de familiares jóvenes y frecuentemente con responsabilidades agregadas como la de cuidar a la familia y hacerse cargo de la unidad doméstica ante la ausencia de los padres, que han emigrado del campo hacia las grandes ciudades o hacia el extranjero.⁷

Las mujeres rurales ancianas en el mundo tienden a ser más longevas que los hombres, pero en contraste con las ancianas urbanas, están más desprotegidas porque viven en comunidades generalmente aisladas que no cuentan con servicios especializados de salud ni otro tipo de protección social que las apoye.⁸ Adicionalmente, cuentan con redes de apoyo social muy limitadas y su escaso o nulo nivel de escolaridad dificulta que reciban información

que puede ser importante para los cuidados de la salud propia y la salud de otros a su cargo.

Finalmente, es en los grandes centros urbanos donde reside la mayor proporción de pobres absolutos, aunque en realidad los pobladores rurales son impactados con mayor severidad por la pobreza debido a que carecen de recursos básicos a los que sí tienen acceso los habitantes de zonas urbanas.⁹

ARREGLOS FAMILIARES

La modalidad de familias extensas en el mundo ha declinado considerablemente, sobre todo en los países desarrollados, en donde se promueve la independencia de sus miembros y como consecuencia la separación y la desintegración familiar, elementos que se han convertido en un estilo de vida dominante en muchas sociedades.

En México, a pesar del aumento de unidades domésticas nucleares, todavía se mantiene una estructura familiar extensa, en particular en las zonas rurales.¹⁰ Sin embargo, aún en las localidades en donde se observa como norma el que los ancianos vivan en hogares extensos, se puede detectar la tensión que opera sobre la familia al tener que hacer frente a las múltiples responsabilidades, a los gastos, al tiempo y la energía que implica el tener a un anciano viviendo en la unidad doméstica. Como resultado encontramos una proporción elevada de ancianas y ancianos viviendo solos.¹⁰

Las mujeres ancianas, particularmente aquellas que viven en países que carecen de un sistema de cobertura universal y de protección financiera y de salud para la tercera edad, se ven forzadas a trabajar hasta edades muy avanzadas para poder obtener un ingreso que les ayude a mantenerse y a mantener a su familia. También hay muchas mujeres ancianas que trabajan sin percibir ningún pago por sus servicios, su trabajo principal es el de cuidadoras de otros, principalmente miembros de su familia como son nietos, bisnietos y adultos o ancianos enfermos o discapacitados.¹¹ Finalmente, los datos empíricos prueban que los estragos en la salud física sobre todo de las mujeres ancianas en el medio rural se deben más a las consecuencias de la pobreza en la que viven, que a la vejez propiamente dicha.³

RURALIDAD, POBREZA Y SALUD

Los indicadores de salud en México sugieren que en general la salud poblacional ha mejorado considerablemente en las últimas décadas; sin embargo, los pobladores rurales no han recibido los mismos beneficios que sus contrapartes urbanas. Aún encontramos grandes rezagos en la salud de este grupo poblacional que representa una cuarta parte de los habitantes del país.^{12,13}

De acuerdo con el último Censo de población,¹⁴ las zonas rurales de México se caracterizan por problemas como desempleo, subempleo, desnutrición, analfabetismo, carencia generalizada de servicios básicos y pobreza. Las condiciones de vida que rodean a los pobladores rurales de México contribuyen a que el peso de la enfermedad, el número de años de vida saludables (AVISAS) perdidos y las muertes excesivas tanto de población infantil como de población en edad productiva, sean mayores que en el medio urbano.¹⁵ En las zonas rurales encontramos con mayor severidad la coexistencia de condiciones de salud pre y post transicionales como cólera, desnutrición y tuberculosis, junto con problemas cardiovasculares, VIH/SIDA, violencia y abuso de sustancias.¹⁵

Mujeres rurales en México

Las carencias y problemas asociados a la pobreza que prevalecen en el medio rural tienen un efecto más severo en las mujeres que en los hombres, debido primordialmente a que los roles de género en el medio rural son más tradicionales y las instituciones sociales demandan el cumplimiento de ellos. En el medio rural las mujeres se enfrentan con un alto grado de discriminación por su propia condición de género lo cual aunado a la pobreza en la que viven, las ubica entre los grupos más desprotegidos, marginados y oprimidos.¹⁶ Por ejemplo, se ha documentado que la pobreza tiene un impacto más drástico en la salud de las mujeres ya que sus problemas de salud se encuentran estrechamente vinculados a carencias nutricionales, cargas excesivas de trabajo (que incluyen tanto las labores domésticas como las del campo), viviendas y medio ambiente insalubre, embarazos tempranos y frecuentes así como falta de atención adecuada durante el período prenatal, parto y puerperio.¹² Debido a que tienen muchos hijos, estas mujeres tienen también cargas domésticas excesivas, se involucran en actividades extra-domésticas y participan en el trabajo agrícola familiar, el servicio doméstico o la maquila. Ortega Padilla calcula que la jornada laboral de una mujer rural llega a ser hasta de 18 horas diarias, considerando todas las actividades que lleva a cabo.¹⁶ Por otro lado, de acuerdo con estimaciones de CONAPO, del total de personas involucradas en actividades agropecuarias en México,¹² 66% son mujeres que no reciben pago alguno por su trabajo. Finalmente, ninguna de las actividades productivas en las que participan las mujeres rurales recibe beneficios sociales.¹⁷

Como se había mencionado anteriormente, en el medio rural la modalidad familiar que prevalece es la familia extensa, lo cual posiciona a la mujer en una situación de riesgo para problemas de salud física y mental. La familia extensa por un lado, proporciona a la mujer una red de apoyo social inmediata, pero por otro, la obliga a involucrarse y a participar activamente en la solución

de los problemas familiares y a contraer deberes y obligaciones con cada uno de los miembros de la familia. De tal forma que para estas mujeres los problemas se multiplican en la medida en que ellas son responsables del cuidado y el bienestar de un mayor número de personas (como pueden ser padres o familiares ancianos).¹⁸

Un ejemplo de la manifestación de las presiones a las que se ven sujetas las mujeres ancianas rurales, es la enfermedad popularmente conocida como “los nervios”, que cursa con síntomas similares a los de la depresión y trastornos de ansiedad. Los nervios es un padecimiento común entre las mujeres rurales, que es atribuido principalmente a preocupaciones sobre situaciones cotidianas y demandas asociadas a los roles de género tradicionales que prevalecen en estas comunidades, como son la violencia familiar, la pobreza, el aburrimiento, la monotonía, etc. En un trabajo con mujeres rurales se propone que la enfermedad de los nervios es la manera en que muchas mujeres expresan las presiones que enfrentan y es una forma de buscar ayuda en la propia comunidad, para resolver –por lo menos parcial o temporalmente– los problemas asociados con la marginación en la que viven.¹⁹ Se puede concluir que la opresión social, la pobreza y las carencias que enfrentan son parcialmente responsables de la manifestación de esta enfermedad en las mujeres rurales.

LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL MEDIO RURAL MEXICANO

En relación con los servicios generales de salud, en comunidades rurales de 5 000 habitantes o menos, existen clínicas dependientes de la Secretaría de Salud que proporcionan atención primaria a través de acciones básicas como programas de vacunación, campañas de planificación familiar y el manejo de enfermedades comunes.

Por otro lado, la mayoría de los habitantes de estas localidades carecen de derechohabencia en instituciones como el IMSS o ISSSTE porque laboran en el sector informal de la economía. Aunque en muchas de las localidades rurales de México, existen médicos generales en práctica privada que ofrecen sus servicios, estos tienden a no ser consultados ya que la mayoría de las familias en ese medio no alcanza a cubrir el costo de sus servicios.²⁰

Datos recientes de la Encuesta Nacional de Satisfacción de los Servicios llevada a cabo en México en 2002, revelan que en promedio, la cuarta parte de los usuarios de los servicios de salud pospone su atención médica por no contar con los recursos económicos. De este grupo, 35% está constituido por ancianas de 65 años y más, 25% son personas con bajos ingresos, 29% son analfabetas, 36% son enfermos con alguna discapacidad y sólo 28% cuentan

con derechohabiencia. Estos datos son un claro indicador de que la población rural no recibe equitativamente servicios de salud. Finalmente, de acuerdo con la misma fuente, 44% de los que limitan su gasto en salud son los pobladores rurales de México.²¹

ENVEJECIENDO EN LA POBREZA: UNA INVESTIGACIÓN

Recientemente concluimos una investigación con ancianos y ancianas en las zonas rurales de dos estados de la República Mexicana: Morelos y Guerrero. El objetivo de este estudio fue explorar el proceso del envejecimiento en el medio rural mexicano, así como describir el estado de salud (a través del auto-reporte) y la calidad de vida de los adultos mayores que viven en contextos de pobreza en áreas rurales de Morelos y Guerrero para determinar diferencias de género al interior de los grupos. Los indicadores de calidad de vida que usamos en esta investigación incorporan la percepción propia de bienestar subjetivo, características de las redes y recursos de apoyo social, económico, institucional y personal, el auto-reporte del estado de salud física y limitaciones asociadas a problemas de salud.

Este fue un estudio transversal, descriptivo que se llevó a cabo con una muestra intencional de 404 personas ancianas, de las cuales, 199 fueron residentes del estado de Morelos (137 hombres y 62 mujeres) y 204 de Guerrero (139 hombres y 65 mujeres). Los participantes fueron seleccionados utilizando una técnica de bola de nieve. Al hacer el contacto inicial se les pidió su consentimiento informado para participar en este estudio, asegurándoles confidencialidad y anonimato en sus respuestas. Para contextualizar y enriquecer nuestros datos cuantitativos también llevamos a cabo varias entrevistas a profundidad con una submuestra (n=14) de las personas ancianas encuestadas. En este trabajo, se reportan los testimonios obtenidos de las entrevistas para ilustrar los resultados de la encuesta.

Todos los participantes en el estudio eran residentes de localidades rurales de menos de 5 000 habitantes. La edad del grupo tuvo un rango de 60 a 101 años. En promedio la edad de los encuestados fue de 70.4 años (DE = 7.5). No encontramos diferencias significativas por edad, sexo, ni por entidad federativa.

La mayoría de los ancianos encuestados (68%) señalaron haber nacido en un rancho o en un pueblo pequeño y haber vivido la mayor parte de su vida en un rancho o en un pueblo pequeño (86.9%). Estos datos confirman que la muestra de este estudio fue esencialmente rural. Únicamente 68% de la muestra sabía leer y 61.5% sabía escribir. Los mayores niveles de analfabetismo se encontraron en las mujeres de Guerrero, entre quienes únicamente 38.5% y 29.2% declaró saber leer y escribir, respectivamente.

La mayoría de los participantes eran casados (58%) con un promedio de 39 años de matrimonio, el resto declaró ser viudo, soltero o divorciado. La proporción de mujeres viudas fue significativamente mayor (41.9%) a la de los hombres (19.5%). Casi todos reportaron tener hijos (93.8%); el promedio de hijos vivos al tiempo de la encuesta fue de 6 (DE =3.1). Pese a su edad avanzada, la mayoría de los ancianos varones encuestados reportaron tener una vida laboral activa: 44.8% trabajaba por su cuenta y solamente 10.7% reportó estar jubilado. Las mujeres por su parte, manifestaron en su mayoría dedicarse a las labores del hogar (55.7%) o trabajar por su cuenta (22.7%). La mayoría de los encuestados vivía en casa propia (83.6%), con su pareja e hijos (18.1%) o con miembros de la familia (26.3%). Únicamente 14.4% vivía solo(a). Finalmente en la mayoría de los casos (74.2%) la persona encuestada fue jefa del hogar.

GÉNERO, BIENESTAR Y ENVEJECIMIENTO

La percepción del propio bienestar fue evaluada a través de una escala de 15 reactivos que fue especialmente diseñada y validada para este estudio. La escala obtuvo un puntaje promedio grupal de 22.9 (DE = 4.0), lo cual indica una percepción de bienestar adecuada. No encontramos diferencias significativas ni por género, ni por estado, aunque cabe mencionar que el nivel de bienestar más bajo lo reportaron las mujeres ancianas de Guerrero. Un indicador importante de bienestar fue la respuesta a la pregunta ¿Actualmente, se siente capaz de responder a sus obligaciones? De los hombres 66.5% y de las mujeres 70.4% respondió afirmativamente, sin embargo encontramos diferencias significativas entre las mujeres de Morelos quienes obtuvieron la proporción más alta de respuestas afirmativas en esta variable (87.1%) y las mujeres de Guerrero, con la proporción más baja (41.5%) ($p < .01$).

Los participantes que reportaron los niveles más altos de bienestar, eran una minoría de ancianos sanos que además de percibir su salud como “buena”, contaban con seguridad social y mayores ingresos debido a que recibían su pensión y remesas mensuales de sus hijos. Para este grupo minoritario, el envejecimiento no es percibido como un proceso de deterioro:

Para llegar a viejos... pues nada más que tengan mucha calma, que coman bien, que no mortifiquen de nada, si su mal no tiene remedio de qué se preocupan, y si su mal tiene remedio, pues también de qué se preocupan. (Hombre A de Morelos, 69 años).

Sin embargo, la mayoría de los ancianos sanos atribuyen su bienestar a su estilo de vida que se caracteriza por “trabajos muy duros” y también a su

propia constitución física y porque Dios les ha permitido llegar a esa edad sin problemas, como se detalla en los siguientes testimonios:

Pues he llegado a vieja porque he trabajado, trabajo y trabajaré mientras viva; pero no padezco de ninguna enfermedad, porque a mí no me duele nada....Ya la gente joven ya no dura, ya no sirve para nada, porque todo el tiempo se está acabando, que la cabeza, que la cintura, que las piernas, digo cargaran como yo cargo cuatro maletas y a mí no me duela nada... No, las maderas de hoy ya no sirven, ni las mujeres ni los hombres. (Mujer de Morelos, 78 años)

Sí, seguido me dicen, ¿y tú por qué viviste ya tantos años?, y eso yo no se lo puedo recetar a alguien, pos como les digo yo lo que he vivido, lo he vivido por la raza, mi físico, la raza mía ha sido fuerte. (Hombre de Guerrero, 91 años)

Pues sólo Dios me dejó llegar a esta edad porque sólo Él, como yo soy creyente y yo le pido a Dios. A Dios le debo la vida porque él me ha dejado llegar a esta edad, nadie de aquí del mundo me puede decir a que otro le voy a pedir, es Dios el que me ha dejado llegar a esta edad y a esta vida. (Mujer de Guerrero, 62 años)

Es interesante que para las mujeres el envejecimiento no interfiera en el cumplimiento de su rol como ama de casa y cuidadora de otros, a pesar de que para cumplir con sus deberes se vean obligadas a arriesgar su propia integridad física.

Mire mi casa ya se está cayendo toda y no tengo con qué comprar. Y le digo voy estar echando tortillas y se me va caer la casa encima y me voy quemar; ¿quién me saca? como ahorita yo sola; no tengo quien. (Mujer B de Morelos, 67 años)

Para los hombres, el envejecimiento es vivido como limitación importante que no les permite continuar cumpliendo hasta el final de su vida, con su responsabilidad de ser el proveedor económico del grupo familiar.

No soy flojo, porque yo fui trabajador, yo nunca estaba acostado en mi casa nomás porque sí. No, la obligación de mi mujer y mis hijitos... No, no salgo a pasear antes sí, cuando era yo nuevo sí, pero ahora batallo mucho para andar. (Hombre de Guerrero, 89 años)

Pues (este) no sé cómo decirle, pues la pobreza... porque ahorita ya no puedo mantener ni mi mujer, ya no la puedo mantener, ya uno dejado, sin dinero nomás estamos, ya ella va haciendo pancito a veces para ganarse, para pasar un día. (Hombre de Guerrero, 78 años)

Las mujeres entrevistadas vivían en la pobreza, en hogares en donde el ingreso familiar variaba entre 100 y 600 pesos al mes. Este ingreso provenía fundamentalmente del trabajo de las ancianas en el sector informal, en

actividades como la costura, la siembra, el cultivo, y la venta de animales (cerdos, gallinas, becerros). Ninguna mujer reportó recibir ayuda alimentaria de programas oficiales ni de ONG's.

Aquí hago el trabajo de la cocina, lavar, poner frijoles, echar tortillas, ir al molino, barrer y todo eso...No alcanza para comer; ni para todo; a veces comemos tortillas con chilito; a veces con frijolitos a veces con una sopita y así. (Mujer B de Morelos, 67 años)

Un elemento importante del propio bienestar es la satisfacción de las necesidades básicas, como tener comida suficiente para sobrevivir. Los hombres en general parecen resentir más esta situación, para ellos el no poder trabajar ni ganar dinero suficiente para mantenerse es causa de frustración, tristeza y vergüenza al reconocer que dependen de terceros para su subsistencia.

...me ha dicho mi hijo " No papá, usted gasta mucho dinero!" ; pues ni modo que no coma! , me compro una pieza de pan que vale dos cincuenta, porque de a peso ya no hay, lo que como, pues me lo regalan, porque yo no le puedo engañar y decirle que yo gano 25 pesos o 20 o 10 pesos, yo no gano nada, porque no voy a trabajar... no puedo, estoy viejo y enfermo. (Hombre de Guerrero 84 años)

... no había yo de molestar... lo que me dan es la tortillita aquí, onde mis nietas, ayer me dio una nieta, me dio 12 tortillas, pero hoy ya me las terminé y mañana sólo Dios... (Hombre de Guerrero, 89 años)

Va, pues no tengo dinero; como ahora no he comido va; ahí me dan desayuno; pero nomás me dan tres tortillas y yo me como 15 tortillas; si es pa' comer, ¡yo como!. (Hombre de Morelos, 78 años)

Para vivir se necesita el dinero; y a nosotros es lo que nos falta porque ya no ganamos nada. Y como semos (sic) jornaleros; ya ahorita a nosotros en el jornal ni quien nos ocupe; para qué nos quieren; además de que vamos sufriendo; hay días que tenemos un centavito hay días que no tenemos nada deseando muchas cosas. Este, pues de todo carecemos nosotros; primero no ganamos nada; y ustedes saben que en esta vida el que tiene come y el que no, nomás está mirando. (Hombre de Morelos, 79 años)

EL ENVEJECIMIENTO Y EL APOYO SOCIAL Y FAMILIAR

Otras variables que se incorporaron en la dimensión de bienestar subjetivo fueron la percepción de apoyo por parte de familiares, parientes y amigos.

En general encontramos que la mayoría de los ancianos perciben que sus familiares y parientes se ocupan de ellos "algo" o "mucho" (79.9%), el resto (20%) reportó, que se ocupan "nada" o "poco" de ellos. Otros indicadores

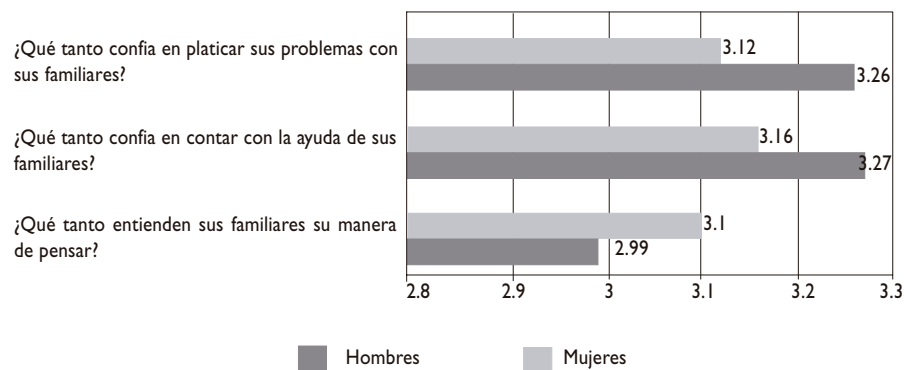


Figura 1. Apoyo familiar. Ancianos zonas rurales Morelos y Guerrero

de apoyo social son los que se muestran en la figura 1, la cual indica el grado de confianza que los ancianos sienten con sus familiares en una escala de 1 a 4 en donde 1 equivale a “nada” y 4 a “mucho”. En general encontramos que tanto hombres como mujeres sienten confianza, pero vale la pena destacar que los hombres ancianos perciben que sus familiares los entienden menos cuando se comparan con las mujeres ancianas.

En las entrevistas a profundidad se identificó que la vejez se vive diferencialmente si se está solo o acompañado por la esposa o por los hijos. Los ancianos viudos, sobre todo los que viven solos y están enfermos manifiestan sentirse abandonados y sin apoyo alguno como se refiere en este testimonio:

... para andar, para echar el paso me cuido harto, porque si yo no me cuido ¿quién quiere?, soy solito. Alzo las manos al cielo que algún hombre me venga a hablar, que me diga ¡Amigo ¿qué duermes? , porque pues hay días que no viene ningún hijo de Dios, ¿qué hago?, como ‘ora, me pega tres veces un dolor de mi estómago y me estoy muriendo y ¿qué hago? no hay quien me vea. (Hombre de Guerrero, 89 años)

Los hombres ancianos, en general, a pesar de reportar sentirse en confianza con sus familiares, resienten el no recibir ayuda de aquellos que posiblemente se encuentran en una mejor condición económica.

¿Quién se quita el pan de la boca para que otro viva? (...) Hay veces que aunque tenemos familia de carne no nos protegemos como familiarmente en la carne. Sí, a veces tenemos familiares que tienen recursos, pero el rico al pobre lo ve como nosotros vemos a un triste perrito; así nos trata el rico a nosotros aunque sea de la familia de nosotros. (Hombre de Morelos, 79 años)

Nuestros datos indican que las mujeres construyen y son parte activa de redes sociales a lo largo de su vida, este factor parece tener un impacto determinante en la vejez. Socialmente, a las mujeres se les asigna la tarea de establecer y mantener las relaciones con familiares, parientes, amistades y miembros de la comunidad, lo cual representa un factor protector durante la vejez de las mujeres, pues confían en recibir ayuda de alguno de los miembros de su red familiar o social, en caso de enfrentar algún problema. De forma similar, ellas corresponden de manera recíproca a los miembros de su red.

CONDICIÓN DE SALUD-ENFERMEDAD

La figura 2 presenta una selección de las enfermedades más prevalentes a lo largo de la vida, de acuerdo con el auto-reporte de los ancianos y ancianas participantes. Como ahí se indica, casi la mitad de las personas encuestadas reportaron haber padecido por lo menos una de estas condiciones de salud alguna vez en su vida. Entre los padecimientos reportados por más de una cuarta parte de los participantes se encuentran la artritis o reumatismo, problemas de presión arterial, problemas de los riñones, asma, diabetes, problemas de visión y audición, enfermedades gastrointestinales y accidentes de trabajo, este último tipo de problemas fue significativamente mayor entre los hombres que entre las mujeres. Pero en general, las mujeres reportaron prevalencias más altas de todas las enfermedades. Finalmente, en este apartado, las mujeres reportaron padecer más de un problema a la vez, es decir la multimorbilidad entre las mujeres fue de 68.8% y entre los hombres de 61.1 %.

El padecimiento de enfermedades parece agravar la situación de pobreza y desamparo que percibían muchos de los ancianos y ancianas entrevistadas. Fue común encontrar personas que al momento de la entrevista se quejaron de padecer varias enfermedades a la vez, reportando múltiples síntomas, pero sin poder llegar a identificar alguna enfermedad en concreto debido a que no acuden al médico.

Me duele mucho la cabeza; todo el cuerpo dolor de huesos; me siento enferma pero ahí ando; no tengo pa' curarme; únicamente Dios; Dios el que me acompaña; Dios el que me ayuda. (Mujer B de Morelos, 67 años).

¿Sufrir? Uh.., cálese señor ya sufrí, estoy operado de aquí, de la próstata, estoy operado de allí, estoy operado de mi brazo, porque me picó el animal en esta vena y se me infectó... por eso cuando oigo decir la palabra de la enfermedad, me entristezco. Solitito sólo Dios me ampara y mis hijos pues pero uno me atiende y el otro no. (Hombre de Guerrero, 89 años)

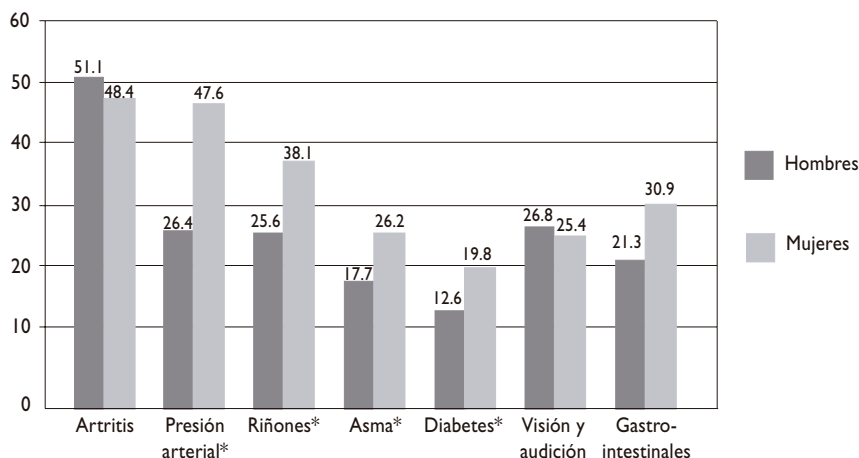


Figura 2. Enfermedades más comunes. Ancianos zonas rurales Morelos y Guerrero

A pesar de la gran cantidad de problemas de salud reportados por la muestra, es interesante que su sentido de religiosidad y su fe en Dios parece ser la fortaleza más importante que los ayuda, por un lado a sobrellevar sus enfermedades y sus malestares emocionales, y por otro a aceptar la muerte con resignación. Esta fe en Dios se observó con mayor intensidad entre las mujeres, posiblemente porque los roles de género tradicionales en las comunidades rurales demandan que sean las mujeres quienes participen en actividades religiosas para así poder transmitir esos valores a su descendencia.

Hay veces que siento que no voy a amanecer; pero le pido a Dios con mi corazón, a puro llorar y ya. Dios me va fortaleciendo porque no hay más. Mi esposo está pobre; mi cuñado más; está su familia con nosotros. (Mujer B de Morelos, 67 años)

Finalmente, como parte de este componente de salud también exploramos el consumo de alcohol y tabaco, encontrando que en general los hombres reportan un mayor consumo de alcohol que las mujeres, tanto en la frecuencia como en la cantidad. De los hombres 8.3% y de las mujeres sólo 1% indicaron que bebe alcohol "seguido" o "muy seguido"; 60.4% de los hombres dijo beber en promedio tres o más copas por ocasión, mientras que esta misma cantidad fue reportada por sólo una cuarta parte (23.3%) de las mujeres que reportaron beber alcohol. También exploramos el consumo de tabaco entre los ancianos encuestados, encontrando que un poco menos de la mitad de los encuestados

son fumadores (42%). Entre los hombres se encontró una prevalencia de tabaquismo de 45% y entre las mujeres de 27%.

CONDICIONES ETNO-CULTURALES

Para evaluar este componente incorporamos una serie de preguntas sobre el padecimiento de las cuatro condiciones más prevalentes en este medio: nervios, susto, empacho y mal de ojo. Todos estos padecimientos han sido reportados con anterioridad en estudios previos con habitantes rurales de estas zonas. Como se describe en la figura 3, de forma similar a los datos de enfermedades, encontramos que este tipo de padecimientos fueron reportados en una mayor proporción por mujeres que por hombres. Llama la atención el padecimiento de “los nervios”, el cual puede considerarse como la manifestación de sintomatología depresiva y ansiedad entre los participantes. Es interesante notar que casi la mitad de las mujeres (44.4%) y sólo una tercera parte de los hombres (25.1%) indicaron haber padecido nervios alguna vez en su vida. La sintomatología asociada con este padecimiento incluye desesperanza, tristeza, llanto y síntomas somáticos como dolor de espalda, pecho y taquicardia, entre otros. Cabe notar que el susto es otra condición etno-cultural que cursa con síntomas similares a los del trastorno de ansiedad que incluyen: insomnio, falta de apetito, dificultad para concentrarse, miedo injustificado y fatiga.

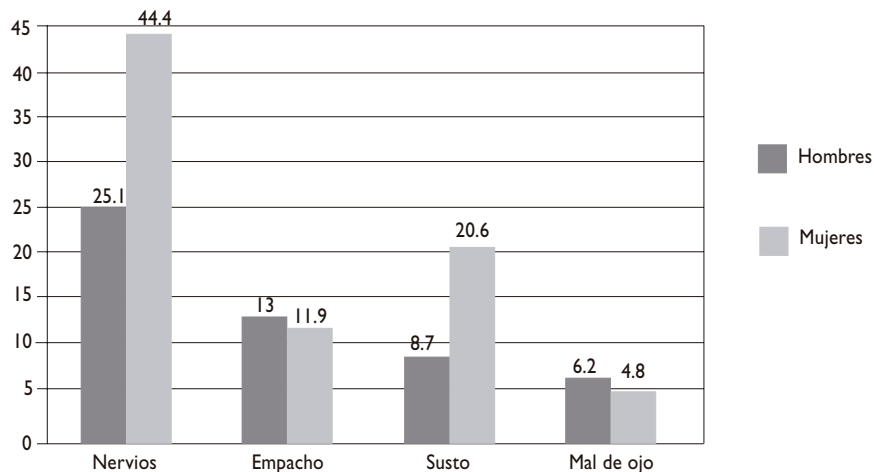


Figura 3. Condiciones etno-culturales. Ancianos zonas rurales Morelos y Guerrero

Los testimonios de los ancianos y ancianas participantes describen estas condiciones con detalle suficiente para que nos permitan reconocer la presencia de tristeza y sentimientos depresivos.

Ahí puro tristeando, me siento tan triste que a veces me encierro y van a mi casa y no les contesto a ninguno, yo solita ahí estoy porque no tengo ganas ni de hablar, luego van y le avisan a mi hermana y luego va y dice “¿Qué tienes?, porque dicen que han venido” Pues no tengo ganas de hablar con la gente... pero eso es de ‘ora que soy ya grande, porque antes yo no era así. (Mujer de Morelos, 77 años)

LIMITACIONES ASOCIADAS A LOS PROBLEMAS DE SALUD

La figura 4 describe cómo los problemas de salud reportados por los encuestados han interferido con sus actividades cotidianas. Más de la mitad de los ancianos (51.5%) y ancianas (54.2%) que participaron en el estudio reportaron que los problemas de salud mencionados con anterioridad les habían durado por lo menos seis meses. También indicaron que sus problemas de salud habían limitado el tipo o cantidad de trabajo que normalmente hacían (36.3%) y que habían impedido su funcionamiento cotidiano (30.3%), sobre todo entre los hombres (32.3%). Preguntamos también el número de días en el último año que se habían sentido indispuestos para realizar sus labores debido a los padecimientos mencionados, encontramos que los hombres reportaron un mayor número de días de indisposición (32 días) cuando se comparan con las mujeres (14 días).

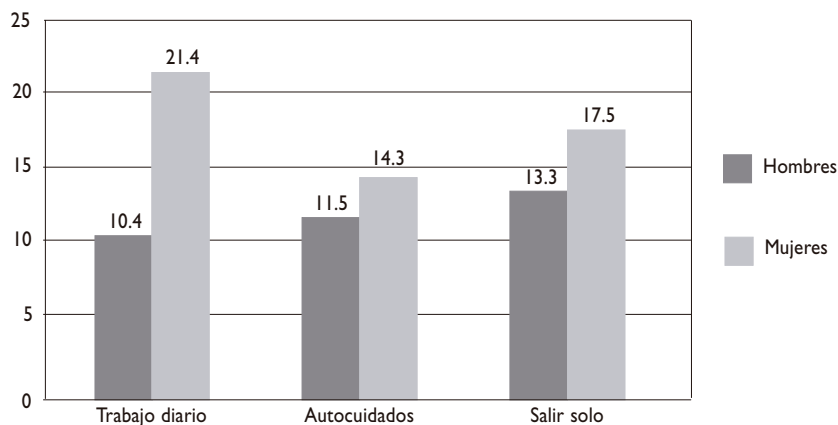


Figura 4. Limitaciones asociadas a enfermedades. Ancianos zonas rurales Morelos y Guerrero

Las limitaciones en sus actividades cotidianas se reflejan en los testimonios de ancianos que reportan lo que ya no pueden hacer debido a su edad avanzada y su precario estado de salud.

...llegar a los 60 años ya, ya se empieza a poner difícil, claro, porque pues ya no es lo mismo para uno, para trabajar, para hacer todo lo que necesita uno hacer. Ahorita pues, yo por la enfermedad que tengo de las rodillas, es lo que me fregó, tuve un accidente en una camioneta y me dejó así, güilo, así es que de ahí para acá, ya no puedo hacer nada. (Hombre de Morelos, 69 años)

No es mucho lo que puedo hacer, levantándome, tengo unos marranos, que estoy engordando y les llevo de comer, después me vengo ya nomás a esperar a que me den de almorzar porque casi no puedo caminar bien, y todo el tiempo aquí me la paso como ahorita sentado, no puedo hacer otra cosa. ...por eso tengo hasta dos cojines, pues ya las nalgas no tienen nada de carne, puros huesitos y así no me lastimo. (Hombre de Guerrero, 76 años)

Bueno, precisamente la tristeza es de la vejez, porque ya se siente uno menos, ya inútil, pues ya no hace uno las cosas como antes ¿verdad? (Hombre de Guerrero, 78 años)

Ahorita pienso en mi vejez, en que ya no puedo, que ya pues, ya no puedo hacer quehacer ya no puedo nada, ya ni lavar de nada... ya no puedo. Me duelen éstas de aquí, mis pies me duelen, mis rodillas, todo nomás de aquí (señalando sus piernas y pies) pues todo esto de aquí me duelen y hay días que hasta lloro, cómo pues voy a pasar, cómo voy a hacer para que yo me cure, no tengo y mi hija nomás siquiera para comer.. (Mujer de Guerrero, 76 años)

LOS AUTOCUIDADOS Y LA UTILIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Como se mencionó en secciones anteriores, a diferencia de los hombres, las mujeres tienden a reportar varias enfermedades a la vez y expresan miedo de enfermarse gravemente y no tener los recursos necesarios para aliviarse, ya que en general las mujeres entrevistadas no tienen acceso a los servicios de salud y sólo ocasionalmente acuden al médico privado, aunque temen no poder pagar las consultas ni los medicamentos. Frecuentemente deciden no acudir al médico y se atienden ellas mismas con remedios caseros. La figura 5 indica que una proporción mayor de mujeres que de hombres utilizaba remedios y medicamentos para tratar los problemas de salud que sufrían. Estos datos van de la mano con los reportados anteriormente de que más mujeres que hombres reportan un mayor número de enfermedades, es evidente que si las ancianas se enferman más que los ancianos, van a reportar un mayor uso de remedios y medicamentos. Sin embargo, llama la atención que el uso de servicios de urgencia alguna vez en la vida fue reportado por los hombres con mayor frecuencia que por las mujeres.

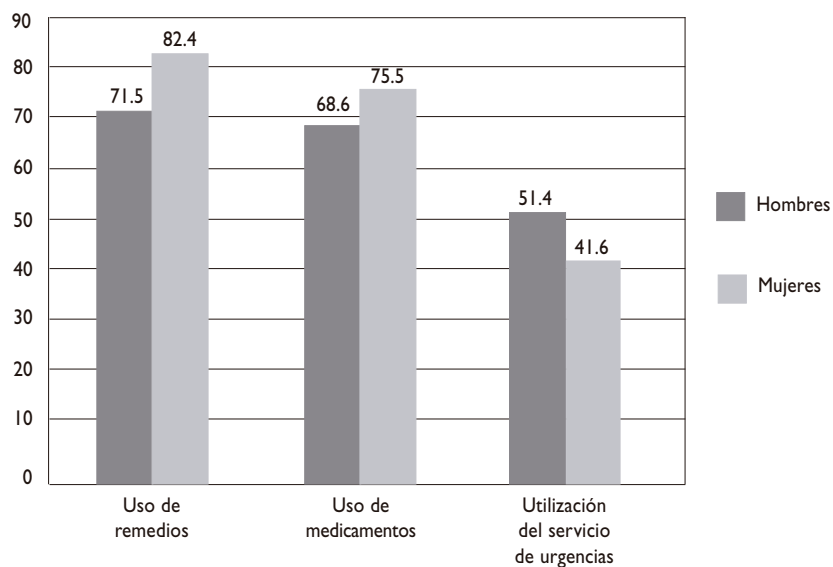


Figura 5. Uso de medicamentos, remedios y servicio de urgencias. Ancianos zonas rurales Morelos y Guerrero

Hay veces que estamos enfermos y no tenemos recursos para atendernos; porque ustedes saben que para la atención se requiere dinero; estas clínicas que están poniendo son clínicas pero están pobres de medicina; yo he visto que el doctor receta para comprar; y si no tenemos, pues ¿pa' qué? (Hombre de Morelos, 79 años)

...cuando yo me siento mal así, yo no quiero asistir al médico porque no tengo dinero para pagarle, luego me van a reconocer alguna enfermedad que pues sea costosa y yo pues no tengo para pagar y yo por eso no voy al médico yo... y luego, pues por allá no hay pastillas para dolores. (Mujer de Guerrero, 62 años)

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Los datos de este estudio con ancianos y ancianas que viven en zonas rurales de Guerrero y Morelos sugieren que este grupo poblacional se mantiene activo, en la medida de lo posible y la mayoría aún trabaja para asegurar un ingreso, aunque mínimo, para satisfacer las necesidades básicas de ellos y de su familia. En este trabajo resulta claro que la pobreza en la que viven muchos ancianos rurales los obliga a trabajar a pesar de su edad avanzada y de los problemas de salud que pudieran tener. Sólo una minoría de los participantes en el estudio contaban con algún tipo de ingreso adicional al que ellos mismos generaban, proveniente de pensiones –para los que estaban afiliados a instituciones de

seguridad social- y de las remesas que les mandan sus hijos o familiares de Estados Unidos, aunque el envío de este dinero en ningún caso era periódico ni suficiente para asegurar la cobertura de las necesidades básicas de los ancianos.

En cuanto al género, los resultados de este estudio indican que el proceso de envejecimiento se vive diferencialmente en los hombres y las mujeres, lo cual está estrechamente asociado con los roles de género tradicionales que prevalecen en las comunidades rurales. Por ejemplo, las mujeres ancianas continúan llevando a cabo sus labores tradicionales, como son la participación en el cuidado de otros miembros de la familia, la preparación de comida y el aseo del hogar. Es decir, las mujeres a pesar de la edad y de las enfermedades, pueden continuar cumpliendo con sus papeles asignados. Los hombres, por su lado, se quejan porque ya no pueden trabajar y se sienten frustrados por no poder contribuir al ingreso familiar debido a su edad y problemas de salud. Asociado con los roles de género, también es claro que las mujeres de este estudio enferman más que los hombres. Las ancianas que participaron en esta investigación presentaron una mayor prevalencia de por vida de todo tipo de enfermedades y condiciones etno-culturales, sobre todo de tipo emocional, como "los nervios". El padecimiento de esta condición sugiere que las ancianas perciben demandas excesivas hacia ellas que se manifiestan en tristeza, ansiedad y sentimientos de desprotección. También las mujeres, cuando se comparan con los hombres, reportaron mayores limitaciones en su vida cotidiana, más dolor y un uso mayor de medicamentos y remedios. Esta utilización de sistemas alternativos de cuidados a la salud está estrechamente relacionada con la ausencia de servicios de salud, el limitado acceso a los mismos y las creencias culturales locales.

Nuestros datos revelan que las redes sociales de las mujeres, sobre todo los cuidados familiares que reciben, representan la estrategia más utilizada entre este grupo, particularmente si están enfermas y necesitan de atención especial. Sin embargo, a diferencia de las mujeres, muchos de los ancianos varones participantes vivían solos y se encontraban totalmente desprotegidos. La experiencia de la soledad parece ser más severamente experimentada por los hombres que viven solos que por las mujeres, ya que ellas parecen contar con redes sociales densas, sólidas, eficientes, duraderas y multifuncionales.

Finalmente, nuestros resultados sugieren que la pobreza agudiza los problemas asociados al proceso de envejecimiento en el medio rural, ya que la percepción de apoyo y de bienestar por parte de los ancianos y ancianas están relacionadas con su deterioro y su estado de salud, es decir la pérdida de habilidades físicas y mentales, las enfermedades crónicas e incapacitantes, la soledad y el abandono.

Usando como base los resultados de este estudio, resulta evidente que los adultos mayores, sobre todo aquellos que viven en la pobreza, necesitan tener garantizada una adecuada protección social y un ingreso mínimo que contribuya a satisfacer por lo menos sus necesidades más apremiantes. También es evidente que dado su estado general de salud, el acceso adecuado a los servicios básicos de salud debe ser una prioridad impostergable para los ancianos rurales, particularmente para las mujeres que es el grupo que reporta un mayor número de enfermedades. Las acciones de los servicios públicos deben dirigirse a complementar, no a sustituir las de los sistemas informales de apoyo y atención a la salud. La incorporación de la familia y la comunidad como red de apoyo no se debe utilizar como justificación para reducir la prestación de servicios públicos.

Referencias

1. Desjarlais R, Emswiler L, Good B, Kleinman A. World mental health. Problems and priorities in low income countries. Nueva York: Oxford University Press, 1995.
2. HelpAge Internacional. El Informe sobre el envejecimiento y el desarrollo, un resumen. Pobreza, independencia y las personas mayores en el mundo. Londres: HelpAge Internacional, 2000. ISBN: 1872590012.
3. Colvez A. Disability free life expectancy. En: Shah E, Kalache A, ed. Epidemiology in old age. Londres: BMJ Publishing Group, 1996.
4. Arber S, Ginn J. Women and Aging. Rev Clinical Gerontology 1994;4:349-358.
5. Zúñiga HE. El futuro de la próxima generación. Pobreza y vejez heredarán los mexicanos. México, DF: CONAPO. CIMAC. Disponible en: <http://www.cimacnoticias.com/noticias/03may/03051918.html>.
6. Zúñiga HE. El desempleo en el país comienza a ser alarmante: Conapo. Agencia de información alternativa (APIA), Junio del 2003. Disponible en: <http://www.apiavirtual.com/nacional/notas/030603/05.html>
7. Salgado de Snyder VN, Acevedo A, Díaz-Pérez MJ, Saldivar A. Sexual behavior and the risk for HIV/AIDS among Mexican rural women. Psychology Women Q 2000; 24:100-109.
8. Kinsella K, Taeuber CM. An Aging World II. Washington, DC: US Bureau of the Census, 1993. International Population Report No. P95/92-3.
9. Salles V. Pobreza, pobreza y más pobreza. En: Szaz I, Salles V, ed. Las mujeres en la pobreza. México, DF: El Colegio de México, 1994: 47-72.
10. Turián R. Crecimiento y composición de la población. DEMOS Carta Demográfica sobre México, 2000;13:6-7.
11. World Bank. Averting the old age crisis. Nueva York: Oxford University Press, 1994.

12. Consejo Nacional de Población. Programa Nacional de la Mujer. Situación de la Mujer en México. México, DF: CONAPO, 1997. Disponible en: <http://serpiente.dgsca.unam.mx/conapo/mujer/tres.html>.
13. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Censo de Población y Vivienda 1995. Resultados definitivos nacionales. México, DF: INEGI, 1996. Disponible en: <http://www.inegi.gob.mx/homepara/conteo/bolrep.html>.
14. Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. XII Censo General de población y vivienda 2000. México, D.F: INEGI, 2001.
15. Frenk J, Lozano R, González-Block MA, et al. Economía y salud: Propuestas para el avance del sistema de salud en México. Informe final. México, D.F: Fundación Mexicana para la Salud, 1994.
16. Ortega Padilla MT. Educación de mujer indígena: estrategia de desarrollo regional. En: Galeana P, comp. La condición de la mujer indígena y sus derechos fundamentales. México, DF: Universidad Nacional Autónoma de México, Coordinación de Humanidades, 1997:103-116.
17. Goldsmith M. El servicio doméstico y la migración femenina. En: Ramírez E, Dávila HH, comp. Trabajo femenino y crisis en México. México, DF: Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, 1990.
18. Salgado de Snyder VN, Padilla AM. Social support networks: Their availability and effectiveness. En: Gaviria M, Arana JD, ed. Health and behavior: Research agenda for Hispanics. Monografía Núm. 1. Simon Bolivar Hispanic-American Psychiatric Research & Training Program, University of Illinois. Chicago, Illinois, 1997: 93-107.
19. Salgado de Snyder VN, Díaz-Pérez MJ, Ojeda V. The prevalence of nervios and associated symptomatology among inhabitants of Mexican rural communities. *Cult Med Psychiatry* 2000; 24: 453-470.
20. Salgado de Snyder VN, Díaz-Pérez MJ, González T. Modelo de integración de recursos para la atención de la salud mental en la población rural de México. *Salud Publica Mex* 2003; 45:19-26.
21. Zurita B, Ramírez T. Opinión pública sobre el sistema de salud en el 2000. *Caleidoscopio de la salud*, 2002. Disponible en: funsalud.org.mx/casesalud/caleidoscopio/11%20OpinionPublica.pdf

Bibliografía

Castro R. En busca del significado: supuestos, alcances y limitaciones del análisis cualitativo. En: Szasz I, Lerner S. Para comprender la subjetividad. Investigación cualitativa en salud reproductiva y sexualidad. México, DF: El Colegio de México, 1996.

Shotter J. Action, joint action and intentionality. En: Brenner M, ed. The structure of action. Oxford: Blackwell, 1980:19-43.

ASPECTOS PSICOSOCIALES DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS EN LA VEJEZ EN EL CONTEXTO DE POBREZA

VÍCTOR MANUEL MENDOZA NÚÑEZ

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento humano es un proceso biológico, psicológico y social, el cual está determinado por factores genéticos, ambientales y socioculturales, de ahí que se le considere como un proceso individualizado y multifactorial. Por esto es que no todas las personas envejecen al mismo ritmo y de la misma manera; es decir, que además de la carga genética, hay otros elementos como los estilos de vida, la pobreza y el género, que influyen en el desarrollo y características de tal proceso y en sus repercusiones sobre el estado de salud.^{1,2} En este sentido, la heterogeneidad del envejecimiento debe ser tomada en cuenta para el análisis de las enfermedades crónicas en esa etapa de la vida.³

Los aspectos psicosociales de las enfermedades crónicas en la vejez son factores determinantes del nivel y tipo de calidad de vida de los adultos mayores,^{4,7} por lo que es indispensable la evaluación de estos elementos en la medición del estado de salud en este grupo de edad. Al respecto, se ha demostrado que el ingreso económico bajo, la escolaridad nula o baja, la viudez, el género, la soledad, la depresión, el deterioro cognitivo, el consumo excesivo de bebidas alcohólicas, el tabaquismo, la hostilidad, la ocupación, la falta de recreación y la percepción subjetiva de mal estado de salud, entre otros factores, influyen significativamente en el tipo de cuidado y evolución de las enfermedades crónicas, afectando la funcionalidad física, mental y social de estas personas.⁸⁻¹¹

Asimismo, padecer una enfermedad crónica durante la vejez conlleva un conjunto de efectos psicológicos y sociales que repercuten en todos los ámbitos (comunitario, familiar, personal) en donde se desenvuelve el adulto mayor. Además de la enfermedad crónica, las alteraciones que se agravan dentro del contexto de pobreza, con mayor repercusión en las mujeres por sus desventajas sociales y mayor longevidad, son la discapacidad, la dependencia y la depresión.

En este trabajo se presenta una breve revisión del enfoque multidimensional del envejecimiento, el concepto de calidad de vida, género y salud, así como las enfermedades crónicas y sus impactos psicosociales. Finalmente

se presenta la propuesta de un modelo de atención comunitario como alternativa para disminuir las repercusiones de la morbilidad durante la vejez en el contexto de pobreza, desarrollado en la Unidad de Investigación en Gerontología de la Facultad de Estudios Superiores "Zaragoza" de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).

ENFOQUE MULTIDIMENSIONAL DEL ENVEJECIMIENTO Y ESTADO DE SALUD

Como ya se mencionó, el envejecimiento es un proceso multifactorial que involucra mecanismos biológicos, psicológicos y sociales, de ahí que su presentación y evolución sean individualizadas. En este sentido, los humanos envejecen de manera distinta y la edad cronológica no siempre es representativa de la edad biológica.¹² Harman¹³ en 1981 definió el envejecimiento como la acumulación de déficits biológicos como consecuencia de la edad avanzada, que propician una mayor susceptibilidad a la enfermedad y a la muerte. Por su parte, Strehler y North¹⁴ en 1982 señalaron al respecto que es deletéreo, progresivo, intrínseco y universal, caracterizado por una atrofia de todos los órganos y tejidos, generando una disminución de las funciones fisiológicas y una mayor vulnerabilidad a padecimientos infecciosos, metabólicos, autoinmunes, neoplásicos, respiratorios, articulares y cardiovasculares.

Desde el punto de vista biológico se señala que el envejecimiento es consecuencia de la acumulación de daños genéticos aleatorios que limitan o afectan la formación o reparación del ADN, proteínas, carbohidratos y lípidos. Estos daños alteran el funcionamiento de las células, tejidos, órganos y sistemas, y por lo tanto se incrementa la vulnerabilidad a la enfermedad, lo cual se asocia con las manifestaciones características del envejecimiento, tales como la pérdida de masa ósea y muscular, disminución en el funcionamiento de todos los sistemas, alteraciones en el oído y la visión, y disminución en la elasticidad de la piel.¹⁵

Bajo el enfoque teórico de la Alostasis (del inglés *Allostasis*) o proceso de adaptación ante retos o desafíos estresantes, el envejecimiento puede ser definido como un proceso gradual y adaptativo, caracterizado por una disminución relativa de la respuesta homeostática, debida a las modificaciones morfológicas, fisiológicas, bioquímicas y psicológicas, propiciadas por los cambios inherentes a la edad y al desgaste acumulado ante los retos que enfrenta el organismo a lo largo de la historia del individuo, en un ambiente determinado.¹⁶ Esta teoría establece que el organismo responde de manera activa ante amenazas o retos estresantes con el fin de mantener la homeostasis; sin embargo el mecanismo de respuesta adaptativa denominado alostasis, representa un costo biológico, de ahí que cuando ocurre en forma repetida,

se genere una carga alostática, que hace menos eficiente el proceso y favorece la aparición de padecimientos infecciosos y crónico-degenerativos.^{17,18}

En este sentido, Rowe y Kahan¹⁹ bajo un enfoque ecológico subdividen al envejecimiento en exitoso, usual y frágil. Señalan que un individuo cursa un envejecimiento exitoso cuando sólo presenta los cambios (biológicos, psicológicos y sociales) inherentes a esta etapa, debido a una respuesta alostática eficiente, lo cual se traduce en una disminución significativa de riesgos a enfermedades agudas y crónicas y, consecuentemente cuenta con una mayor funcionalidad (física, mental y social), mejor calidad de vida y longevidad. En el envejecimiento usual además de los cambios inherentes, la carga alostática genera padecimientos crónico-degenerativos y, consecuentemente, alteraciones morfológicas y fisiológicas que repercuten negativamente en la funcionalidad, calidad de vida y longevidad. En el envejecimiento con fragilidad, además de los cambios inherentes a su condición, la excesiva carga alostática provoca una disminución acentuada de la capacidad homeostática, que incrementa la vulnerabilidad a la descompensación por las enfermedades agudas y crónicas (anciano enfermizo, débil), con repercusión significativa en su funcionalidad, calidad de vida y longevidad.

El paradigma del envejecimiento exitoso constituye un referente ideal para proponer acciones que repercutan positivamente en la longevidad y calidad de vida de los adultos mayores, además con este enfoque podemos diferenciar en forma ordinal (grados) los tipos de envejecimiento, y así prevenir y revertir pérdidas funcionales asociadas con el envejecimiento usual. No obstante, esta propuesta también ha sido criticada debido a que no considera para su interpretación un elemento fundamental como es el contexto socio-cultural; además, no es posible deslindar la influencia genética en este proceso. Por otro lado, en el constructo no se delimitan con precisión los elementos o variables que lo integran, ni propone parámetros de referencia (estándar de oro) para su medición, ni instrumentos validados transculturalmente para su evaluación.²⁰ Por tal motivo, se recomienda individualizar la interpretación del envejecimiento exitoso, considerando los aspectos genéticos, culturales y socioeconómicos de cada país y región, con el fin de lograr la mayor longevidad con calidad de vida.

En este sentido y con el fin de que este concepto se aproxime más a la realidad y haya posibilidades de intervenciones comunitarias, se ha propuesto modificar el concepto, por lo que se acepta que los individuos cursan con envejecimiento exitoso aun cuando tengan algún padecimiento crónico no terminal bajo control médico, siempre y cuando mantengan una funcionalidad física, mental y social, así como una percepción de bienestar que les permita un desarrollo psicosocial acorde con su edad, género, escolaridad, nivel socio-

económico e intereses, considerando la esperanza de vida de cada país a los 60 años.

Aunque inevitable, el envejecimiento no es un proceso genéticamente programado, ya que no se poseen instrucciones genéticas que le indiquen al organismo cómo y cuándo envejecer y morir, por lo tanto se puede aseverar que la vejez, la esperanza de vida y la longevidad son consecuencia de la interacción de factores genéticos, ambientales y de estilos de vida.¹²⁻¹³

Por todo lo anterior, el envejecimiento debe analizarse e interpretarse bajo un enfoque multidimensional, ya que sus características y el tipo que vive cada individuo son consecuencia de las dimensiones de los procesos biológicos, culturales, ambientales e individuales (figura 1). Al respecto, en lo biológico la edad, los aspectos genéticos y bioquímicos pueden constituir factores predisponentes para padecimientos crónicos; por su parte los aspectos culturales, como los valores, las creencias, las percepciones y actitudes también contribuyen en el proceso salud-enfermedad. En el ámbito más contextual o amplio está el entorno, la temperatura, la contaminación ambiental, las características geográficas, las condiciones de la vivienda y el urbanismo.

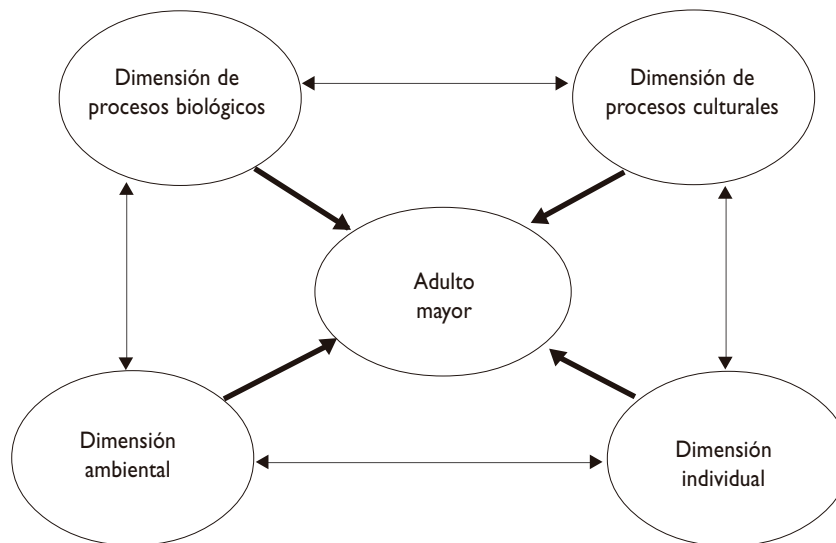


Figura 1. Esquema del enfoque multidimensional del envejecimiento

Con respecto al ámbito de lo individual, la personalidad, la escolaridad, el género, el desarrollo personal, el estilo de vida, las expectativas de vida, la historia personal y la percepción subjetiva de salud y bienestar influyen en la calidad de vida de los adultos mayores.^{21, 22} Por tal motivo, en la evaluación del estado de salud de estas personas se deben considerar tanto los elementos objetivos (signos, síntomas, funcionalidad física y redes de apoyo social) como los subjetivos (estado de ánimo, percepción de bienestar, satisfacción con la vida, integración social y calidad de vida, entre otros),^{10, 23} sin olvidar que esto ocurre dentro de un contexto económico, político, biológico y psicosocial (figura 2).

CALIDAD DE VIDA EN LA VEJEZ

La calidad de vida es uno de los conceptos que se asocia con frecuencia con el estado de salud y bienestar de los adultos mayores, por lo que es conveniente hacer algunas precisiones al respecto. La calidad de vida se refiere a los atributos específicamente humanos y a la capacidad de construir futuros de manera propositiva, implica a la salud, a la disponibilidad de bienes y a la capacidad de utilizar lo que existe para construir lo que no existe, considerando

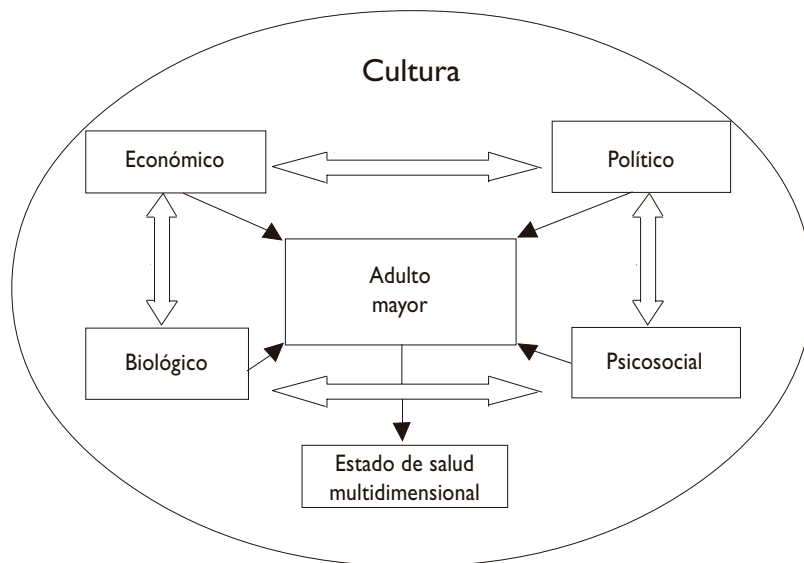


Figura 2. Factores involucrados en el estado de salud de los adultos mayores

el contexto espacio temporal.^{24, 25} Asimismo, la calidad de vida involucra la percepción del individuo y del grupo social al que pertenece, considerando las características objetivas de calidad ambiental, las expectativas, las capacidades y las necesidades, por tal motivo, dos personas con el mismo estado de salud y nivel socioeconómico pueden tener una diferente percepción personal de su salud y de su calidad de vida.

La calidad de vida relacionada con la salud incluye la medición de la funcionalidad física, el estado psicológico, la función y la interacción social, así como la evaluación de los signos y síntomas físicos. En este sentido, los indicadores más utilizados para evaluar las repercusiones del estado de salud sobre la calidad de vida son la mortalidad, la morbilidad, la incapacidad, la incomodidad y la insatisfacción. Los tres últimos indicadores son reconocidos como elementos fundamentales del concepto de calidad de vida.

La incapacidad se refiere a las limitaciones físicas para realizar actividades ocupacionales o cotidianas; la incomodidad incluye la presencia de dolor o fatiga en reposo o al realizar actividades de la vida diaria básicas e instrumentales; y la insatisfacción incluye el funcionamiento social, los servicios médicos de calidad, el bienestar general, la suficiencia económica, la aceptación y el reconocimiento social y familiar.²⁶

Por todo esto, el concepto de calidad de vida debe individualizarse considerando los aspectos antropológicos y el potencial de recursos naturales, humanos, materiales y económicos, en conjunción con los intereses de grupo, para alcanzar el máximo de calidad de vida sin pretender adoptar modelos referenciales o parámetros distintos a la cultura de la población de estudio.

Para evaluar la calidad de vida se debe elegir el instrumento apropiado, considerando las características de la población y el objetivo. Por ejemplo, existen instrumentos para evaluar las repercusiones sobre la calidad de vida de padecimientos específicos como el "*Diabetes Quality Life*" para los diabéticos, el "*Quality of Life Parkinson's Disease Questionnaire*" para quienes padecen la Enfermedad de Parkinson, el "*Arthritis Impact Measurement Scales*" para problemas reumáticos, entre otros.²⁴ También se dispone de instrumentos genéricos como la encuesta de salud SF-36 (*Short Form 36 Health Survey*),²⁷ cuyo cuestionario es confiable y de fácil aplicación (existe una versión validada en español). En él se evalúa función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional, salud mental, y transición de salud notificada.²⁶ Este instrumento se ha utilizado en personas adultas mayores con y sin padecimientos crónicos²⁸⁻³⁰ y se ha reportado que las mujeres están más afectadas que los hombres en las escalas de dolor corporal, salud mental y función física,³¹ lo cual repercute en su calidad de vida.

Por otro lado, en el estudio multicéntrico coordinado por la OPS en 1998 sobre salud, bienestar y envejecimiento (SABE) realizado en las siete

ciudades principales de América Latina y el Caribe (Bridgetown, Buenos Aires, La Habana, México, D.F., Montevideo, Santiago y São Paulo) se encontró que una de cada cinco personas de 60 años y más, informaron tener alguna dificultad con las actividades cotidianas básicas (bañarse, vestirse, usar el inodoro, comer, meterse en la cama/salir de ella, y caminar por una habitación), asimismo menos de 50% de los adultos mayores (excepto Buenos Aires: 63% y Montevideo: 61%) consideraron que su salud era buena o excelente, en contraste con 76% reportado por los mayores de 65 años en Estados Unidos y Canadá. Además los hombres informan tener buena salud con mayor frecuencia que las mujeres, y los que tienen siete o más años de escolaridad afirman más a menudo que los de menor escolaridad, que la tienen.³² Por lo anterior, la funcionalidad física y la percepción subjetiva de salud son dos de los elementos fundamentales incluidos en el concepto de calidad de vida.

GÉNERO, ENVEJECIMIENTO Y SALUD

Abordar el envejecimiento y la salud desde la perspectiva de género da la oportunidad de analizar las construcciones que hombres y mujeres tienen sobre ambos conceptos y conocer los comportamientos particulares ante estos procesos. Asimismo, el enfoque de género en salud durante el envejecimiento permite estudiar los orígenes de las diferencias biológicas, las desventajas y la desigualdad entre la mujer y el hombre, con el fin de incidir en la calidad de vida de ambos durante la vejez. En 1999, con motivo del año internacional de las personas de edad, la Organización Mundial de la Salud publicó el documento denominado "superando los mitos del envejecimiento",³³ en el que se incluyó como uno de los mitos que "El hombre y la mujer envejecen de la misma manera", y se aclara que esto es falso, ya que la mujer es más longeva que el hombre debido a cuestiones de índole biológica, lo que se traduce en un patrón de salud y enfermedad diferenciado por género. En este sentido, la mayor longevidad de las mujeres las hace más proclives a padecer enfermedades crónicas durante el envejecimiento, tales como la osteoporosis, la diabetes mellitus, la artritis, la incontinencia urinaria, la depresión y la enfermedad de Alzheimer (EA). Por su parte, los hombres tienen más probabilidad de padecer enfermedades cardiovasculares (ECV) y accidentes cerebrovasculares, aunque es importante aclarar que la salud tanto de la mujer como del hombre en la vejez, depende en gran medida, de la salud que tuvieron a lo largo de su ciclo vital.³⁴ Es importante aclarar que la longevidad no depende sólo de los aspectos biológicos, ya que en el pasado la mujer tenía menor longevidad que el hombre, debido a su desventaja social y las altas tasas de mortalidad por embarazo, parto y puerperio.^{33,35}

Desde el punto de vista biológico hay evidencias que demuestran que la mayor supervivencia de las mujeres podría estar ligada al cromosoma X, ya que se ha señalado que éste modula la producción de la glucosa-6-fosfato-deshidrogenasa, la cual es fundamental en la producción de NADPH que mantiene el glutatión en estado reducido.³⁶ Hayflick³⁷ demostró que las células masculinas después de 30 duplicaciones dejaban de dividirse, en tanto que las femeninas continuaban con la duplicación, evidenciando una ventaja biológica para las mujeres. Por otro lado, en un estudio realizado en tejidos de neonatos humanos se comprobó que las células de las niñas son más resistentes al estrés oxidativo que las de los niños, debido a una mayor concentración intracelular de glutatión.³⁸ También se ha reportado un efecto neuro-protector y cardio-protector de los estrógenos, ya que la estructura química del 17-estradiol, además de ser un esteroide tiene un componente monofenólico similar al que tiene la vitamina E;³⁹ además se ha evidenciado que los niveles séricos de la enzima glutatión peroxidasa son más altos en las mujeres que en los hombres a partir de los 20 años, mostrando una diferencia estadísticamente significativa en la década de 50 a 59 años,⁴⁰ ventaja biológica, independiente de la influencia que tienen los estrógenos antes de la menopausia. Asimismo nuestro grupo de investigación evidenció, en un estudio realizado en adultos mayores aparentemente sanos de la Ciudad de México, que los hombres muestran 64% de daño al ADN en contraste con 38% en las mujeres, con una razón de momios (RM) del género masculino para daño al ADN de 2.86 (IC 95%: 1.31-6.32;p<0.05).⁴¹

La perspectiva general de género y envejecimiento resalta la vulnerabilidad de la mujer frente a patologías crónicas y discapacidad, debido principalmente a la desigualdad social; por esto en el Plan de Acción de la Segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento se explicita la necesidad de establecer políticas y programas encaminados a eliminar la inequidad social y económica de las mujeres.⁴²

Por otro lado, la OMS también señala que el estudio del género relacionado con la salud durante el envejecimiento no debe enfocarse sólo a resaltar la inequidad y desventaja social que sufren las mujeres, ya que aunque estas últimas presentan mayor prevalencia de patologías crónicas y discapacidad, los hombres se mueren a más temprana edad. En este sentido, se resalta que muchos hombres sólo entran en contacto con el sector salud cuando son niños y hasta el final de sus vidas, sin participar en programas de prevención, lo que provoca que difícilmente se detecten a tiempo muchos de los padecimientos que originan muerte prematura; además el hombre utiliza con menos frecuencia las redes de apoyo social formal y durante la vejez recibe menos soporte social y familiar que la mujer.⁴³

Es importante remarcar que el estado de salud de las mujeres y hombres mayores está determinado por factores de índole biológico (cromosomas sexuales, hormonas, sistema antioxidante, sistema reproductivo), político (leyes e instituciones públicas que propician la inequidad de los géneros), cultural (actitudes hacia el envejecimiento con privilegios hacia algún género, recreación y ocio), social (nivel educativo, servicios médicos y seguridad social, viudez, soledad, redes de apoyo social formales e informales) y económico (ingreso económico, condiciones de la vivienda, alimentación y trabajo). Por tal motivo, se deben proponer programas gerontológicos integrales bajo un enfoque de género que garanticen el máximo desarrollo y calidad de vida de los adultos mayores, considerando sus potencialidades y limitaciones biológicas y socio-culturales.^{35,43}

POBREZA, ENVEJECIMIENTO Y SALUD

Otro de los mitos respecto al envejecimiento es el que señala que “la mayoría de las personas de edad viven en los países desarrollados”, lo cual es incorrecto. Más de 60% de las personas mayores viven en los países en desarrollo, quienes en alto porcentaje sufren de marginación y pobreza, lo cual tiene repercusiones en su estado de salud y calidad de vida.³³ En este sentido, en muchos países pobres el tiempo cronológico tiene poca o ninguna importancia para definir la edad mayor, por lo que el envejecimiento es definido como un estado de dependencia e incapacidad que inicia cuando la persona no puede trabajar más y no genera ingresos económicos para sí mismo ni para la familia, por tal motivo las personas mayores se ubican consistentemente en este contexto, entre las más pobres de los países pobres, y consecuentemente son excluidas socialmente y aisladas de los procesos de toma de decisiones,⁴⁴ desaprovechando su amplia experiencia y potencial para el desarrollo económico de la familia, la comunidad y la sociedad.

La pobreza en las comunidades y en las familias representa un gran reto para la salud y bienestar de los mayores, ya que cuando la población es atrapada en una pobreza endémica, las generaciones más jóvenes les brindan muy poco apoyo, por lo que un alto porcentaje de ellas que viven en pobreza, aunque convivan con su familia sufren padecimientos crónicos acompañados de problemas nutricionales, limitaciones en la funcionalidad física, soledad, baja autoestima, depresión y fragilidad, por lo que se asevera que “los adultos mayores son los más pobres de entre los pobres”.⁴⁵

En relación con el nivel de pobreza de los países densamente poblados, el Banco Mundial reportó para el año 2000 (citado por la OMS)⁴⁶ que Nigeria, India y Pakistán tienen el mayor porcentaje de pobres (más de 80%), asimismo

para el caso de México informó que 34.8% de la población vivía en pobreza (gasto per cápita <2 dólares/día) y de éstos la tercera parte (12%) en pobreza extrema (gasto per cápita <1 dólar/día) (cuadro I). Aunque no se tienen datos precisos podemos inferir que un alto porcentaje corresponde a personas adultas mayores, de ahí que debemos establecer programas sociales eficientes y eficaces que repercutan positivamente en la calidad de vida y salud de esta población.

Un número considerable de adultos mayores, sobre todo los residentes de áreas rurales y las mujeres que viven solas, no tienen ingresos económicos suficientes para cubrir sus necesidades básicas, lo cual influye negativamente sobre su salud e independencia. En este sentido, los sujetos más vulnerables son los que no tienen bienes o ahorros, los que carecen de pensiones o subsidios de la seguridad social o del gobierno, o pertenecen a familias de bajos ingresos. Por otro lado, los adultos mayores que no tienen hijos ni familiares corren el riesgo de convertirse en indigentes.⁴⁶

Una de las fuentes importantes de apoyo económico que contribuye a las condiciones de bienestar de las personas mayores son las transferencias intergeneracionales informales o privadas, las cuales ocurren entre familiares y no están regidas por instituciones o normas legales. En este sentido, se ha demostrado en México que los apoyos familiares son en gran medida la red que sostiene a la población de 60 años y más que está fuera del mercado de trabajo; dicho apoyo puede ser financiero, en especie o en cuidados, siendo las mujeres las más beneficiadas de este tipo de ayuda.⁴⁷

Cuadro I
Porcentaje de población en pobreza en países en desarrollo densamente poblados en el año 2000

Países	Población (millones)	Gasto per cápita < 1 dólar/ día	Gasto per cápita < 2 dólar/ día
China	1 275	18.5	53.7
India	1 008	44.2	86.2
Indonesia	212	7.7	55.3
Brasil	170	9.0	25.4
Federación Rusa	145	7.1	25.1
Pakistán	141	31.0	84.7
Bangladesh	137	29.1	77.8
Nigeria	113	70.2	90.8
México	98	12.2	34.8

Fuente: referencia 46

Algunos gobiernos de países desarrollados y en desarrollo han establecido la pensión universal entre sus políticas de apoyo a las personas adultas mayores, además de promover su inserción al aparato productivo, para aprovechar su potencial y reivindicar socialmente a dicha población.⁴⁶ En este sentido, cualquier estrategia contra la pobreza de las personas mayores, además de cubrir sus necesidades básicas, debe procurar su participación activa en programas de desarrollo social y comunitario, considerando sus posibilidades e intereses y no limitarse sólo a proporcionar apoyo económico sin saber su uso o impacto sobre el bienestar o calidad de vida.

ENFERMEDADES CRÓNICAS EN LA VEJEZ

Las enfermedades crónicas en la vejez y sus repercusiones en la funcionalidad física, mental y social pueden constituir una carga sanitaria y financiera onerosa para la persona adulta mayor, la familia y el sistema de atención a la salud. Por tal motivo es conveniente establecer programas para su prevención, detección oportuna y control, con el fin de disminuir su prevalencia e incidencia, así como evitar o diferir la aparición de sus complicaciones y consecuentemente mejorar la calidad de vida de esta población.

Las enfermedades crónicas más frecuentes en la vejez, con repercusiones psicosociales, son las ECV, la diabetes mellitus tipo 2 (DM), el cáncer, la artritis, la osteoporosis, la depresión y la EA (cuadro II).

Las ECV causan 17 millones de muertes cada año en el mundo, que representa la tercera parte de todos los fallecimientos; se estima que cada cuatro

Cuadro II **Principales enfermedades crónicas que afectan a las personas mayores en todo el mundo**

- Enfermedades cardiovasculares
(como cardiopatía coronaria)
- Hipertensión
- Accidente cerebrovascular
- Diabetes
- Cáncer
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
- Enfermedades músculo esqueléticas
(como artritis y osteoporosis)
- Enfermedades mentales
(principalmente demencia y depresión)
- Ceguera y alteraciones visuales

Fuente: referencia 46

segundos se produce un síndrome coronario agudo y cada cinco, un accidente vascular cerebral, por lo que los 32 millones de ataques cardíacos e infartos cerebrales que ocurren en el mundo por año son sólo la punta del “iceberg” ya que 600 millones de personas sufren de hipertensión arterial (HTA).⁴⁸ Por todo esto, las ECV son consideradas las principales causas de morbilidad y mortalidad en la vejez en todo el mundo, tanto en hombres como en mujeres.³⁵ En este sentido, en los países de las Américas (desarrollados y en desarrollo) la principal causa de enfermedad y muerte de las mujeres de 60 años y más son las ECV y las cerebrovasculares (cuadro III). Asimismo en la encuesta SABE, la HTA fue notificada por una de cada dos personas de 60 años y más,⁴⁹ y en México en la Encuesta Nacional de Salud (ENSA) 2000 se detectó una prevalencia de HTA de 57 y 60% en hombres de 60 a 69 años y de 70 y más años, respectivamente. Asimismo, en las mujeres de 60 a 69 se observó en 48%, en las de 70 a 79 en 46% y en las de 80 años y más en 43%.⁵⁰

La DM constituye un problema de salud pública en el mundo, ya que en 1955 existían 135 millones de diabéticos y para el año 2025 se estima que serán alrededor de 300 millones.⁵¹ La encuesta SABE reportó para la Ciudad de México una prevalencia de 22% para las personas de 60 años y más.³²

Cuadro III
Principales causas de morbilidad y mortalidad de mujeres de 60 años y más en las Américas

Países desarrollados Canadá y EUA	Países en desarrollo América Latina y el Caribe
1. Enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares	1. Enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares
2. Cáncer de mama y pulmón	2. Cáncer cérvicouterino
3. Diabetes y problemas nutricionales (anemia, obesidad)	3. Enfermedades transmisibles (tuberculosis, neumonía)
4. Condiciones crónicas y discapacitantes (artritis, osteoporosis)	4. Diabetes y problemas nutricionales (anemia, obesidad)
5. Enfermedades múltiples, deficiencia sensorial (pérdida de audición)	5. Condiciones crónicas y discapacitantes (artritis, osteoporosis) y enfermedades múltiples, deficiencia sensorial (visión deficiente por cataratas)
6. Enfermedad mental (depresión, demencia)	6. Enfermedad mental (depresión, demencia)

Fuente: referencia 35

Asimismo, en la ENSA 2000 se encontró una prevalencia de DM en mujeres de 24% (60 a 69 años), 25% (70 a 79 años) y 15% (80 y más años) y en hombres de 20% (60 a 69 años), 19% (70 a 79 años) y 11% (80 y más años).⁵⁰ Por otro lado en la República Mexicana en el año 2001, la DM fue reportada como la primera causa de muerte para las mujeres y la segunda para los hombres.⁵²

El cáncer causa 12% del total de las defunciones a escala mundial, y hay más de 20 millones de personas que lo padecen. Se estima que el número de casos nuevos pasará de 10 millones registrados en el año 2000 a 15 millones antes del 2020. Este es uno de los padecimientos de mayor prevalencia durante el envejecimiento, casi la mitad de todas las neoplasias malignas reportadas en el mundo se presentan en adultos mayores.⁵³ En las mujeres de los países en desarrollo el principal tipo de cáncer es el cérvico-uterino, seguido del de mama; mientras que en los países desarrollados el principal es el de mama, seguido por el de pulmón.⁵⁵ En contraste, en los hombres de los países desarrollados el cáncer de mayor prevalencia es el de próstata, aunque el que causa el mayor número de muertes al año es el de pulmón, mientras que en los países en desarrollo el de mayor prevalencia y causa de muerte es el de próstata.³³ En México el cáncer se ubica entre las primeras 10 causas de muerte en los mayores de 65 años (cuadro IV).

La prevalencia de los problemas articulares en las personas adultas mayores es superior a 50%, siendo el más frecuente la osteoartritis (osteoartritis), seguida de la artritis reumatoide, la gota y la pseudogota; todos estos son causa frecuente de limitaciones físicas con repercusiones psicosociales.⁵⁴ En la encuesta SABE se reportó que uno de cada tres adultos mayores manifestó tener artritis.³²

En relación con la osteoporosis, se calcula que entre Estados Unidos de América, Europa y Japón alcanzan 75 millones de personas que sufren este padecimiento; asimismo se ha señalado que 30% de las mujeres blancas y asiáticas mayores de 50 años presentan esta enfermedad en contraste con 10% de las mujeres de raza negra.⁵⁵ La osteoporosis se presenta con mayor frecuencia en las mujeres que en los hombres, de ahí que se reporte que 80% de quienes presentan fractura de cadera, son mujeres.³⁵ En México en un estudio multicéntrico se observó una prevalencia de 16% de osteoporosis de columna o cadera en mujeres mayores de 50 años, el doble de lo detectado en hombres.⁵⁶ En este sentido, nuestro grupo de trabajo en un estudio epidemiológico sobre tal enfermedad encontró que ser mujer representa un factor de riesgo de sufrirla 12 veces mayor que ser hombre (RM = 13.06: IC 95%: 1.71-99.54, $p < 0.01$).⁵⁷

La depresión es reconocida como una epidemia silenciosa en la vejez, la cual reduce la capacidad del individuo para abordar sus problemas de salud,

Cuadro IV
Principales causas de mortalidad en edad posproductiva (>65 años)
en la República Mexicana, 2001

Orden	Causa Total	Defunciones 223,432	Tasa* 4,511.61	% 100
1	Enfermedades isquémicas del corazón	33 287	674.16	14.9
2	Diabetes mellitus	29 639	598.48	13.3
3	Enfermedad cerebrovascular	19 253	388.76	8.6
4	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	13 853	279.72	6.2
5	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	8 043	162.41	3.6
6	Enfermedades hipertensivas	7 788	157.28	3.5
7	Infecciones respiratorias agudas bajas	7 253	146.45	3.3
8	Desnutrición calórico proteica	6 231	125.82	2.8
9	Nefritis y nefrosis	6 060	122.37	2.7
10	Tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón	4 223	85.27	1.9
11	Tumor maligno de próstata	3 560	71.88	1.6
12	Tumor maligno de estómago	2 951	59.59	1.3
13	Tumor maligno de hígado	2 667	53.85	1.2
14	Úlcera péptica	2 048	41.35	0.9
15	Anemia	2 047	41.33	0.9
16	Accidentes de tráfico de vehículos de motor	1 771	35.76	0.8
17	Tumor maligno de páncreas	1 734	35.01	0.8
18	Enfermedades infecciosas intestinales	1 695	34.23	0.8
19	Tumor maligno del cuello del útero	1 653	33.38	0.7
20	Tumor maligno de colon y recto	1 534	30.98	0.7
	Causas mal definidas	6 576	132.78	2.9
	Las demás	59 466	1200.76	26.6

* Tasa por 100 000 habitantes. Fuente: INEGI/SSA. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx>

contribuye al mal uso de medicamentos, al abuso en el consumo de alcohol y al comportamiento autodestructivo, por lo que se debe prevenir y detectar a tiempo. En este sentido, aunque no tenemos datos precisos sobre la prevalencia de este padecimiento, estudios realizados en países desarrollados y en desarrollo demuestran que se presenta con mayor frecuencia durante la vejez, con predominio en las mujeres,⁵⁸ asimismo se señala que esta alteración se presenta con mayor frecuencia en los individuos que viven en pobreza, aunque frecuentemente no son diagnosticados.³⁵

La EA es la causa más común de todas las demencias (50 a 70%) y es uno de los padecimientos más frecuentes durante el envejecimiento, la prevalencia varía entre 3% para las personas de 65 a 70 años hasta más de 25% en las mayores de 85 años. Actualmente se estima que hay alrededor de 18 millones de personas en el mundo con esta enfermedad y se espera que para el año 2025 el número ascienda a 34 millones. La EA causa limitaciones físicas, mentales y sociales importantes, con repercusiones familiares y sociales; se

presenta con mayor frecuencia en las mujeres debido probablemente a su mayor longevidad y se caracteriza por un déficit cognitivo y deterioro mental con pérdida de memoria, afasia, apraxia, agnosia, acalculia, desorientación en espacio, tiempo y persona, como consecuencia de una masiva y progresiva pérdida de neuronas de diferentes zonas del cerebro.⁵⁹ En este sentido, en un estudio de tamizaje realizado por nuestro grupo de investigación en adultos mayores, aparentemente sanos, se demostró la influencia del lugar de residencia sobre las funciones cognitivas, ya que se encontró que 13.5% de los adultos mayores con residencia en el área urbana tienen deterioro cognitivo, en comparación con 3% del área rural.⁶⁰

Por otro lado, se ha comprobado que las alteraciones cognitivas, la depresión, la presencia simultánea de más de un padecimiento crónico, el índice de masa corporal incrementado o disminuido, la baja frecuencia de contactos sociales, el bajo nivel de actividad física, la pobre autopercepción de salud, el tabaquismo y las alteraciones de la visión son los principales factores de riesgo para la disminución de la funcionalidad física y mental y discapacidad en las personas adultas mayores.⁸ En este sentido, en la encuesta SABE se evaluaron la mayoría de estos factores.

En dicho estudio se reportó que entre 80 y 90% de los adultos de 60 a 74 años y entre 61 y 76% de los de 75 años y más no presentan limitaciones en las actividades básicas de la vida diaria (bañarse, vestirse, usar el inodoro, moverse y alimentarse), y entre 71 y 90% de los hombres y 59 a 84% de las mujeres no reportaron limitaciones en sus actividades instrumentales de la vida diaria (usar el transporte, poder hacer compras, usar el teléfono, controlar sus medicamentos y realizar tareas domésticas). Asimismo de las personas que tienen dificultades con 1 ó 2 de las actividades básicas el porcentaje de hombres varía de 8 a 13% y el de las mujeres de 11 a 19%. También se evaluaron los factores relacionados con el entorno físico y social, así como las actitudes que condicionan la funcionalidad de estas personas, tales como dificultad para trotar un kilómetro, caminar una o varias calles, estar sentado por dos horas, levantarse de una silla después de estar sentado por tiempo prolongado, subir las escaleras de uno o más pisos, agacharse, extender los brazos más arriba de los hombros, tirar o empujar un objeto grande, levantar 5 kilos de peso y levantar una moneda de una mesa, reportando el mayor porcentaje de limitaciones físicas en lo referente a no poder agacharse (33 a 56%), seguido por la dificultad para levantarse de la silla después de estar sentado por tiempo prolongado (26 a 44%) y no poder subir un piso por escalera (16 a 33%),³² lo cual demuestra que un alto porcentaje de los adultos mayores de Latinoamérica requiere asistencia física, familiar o de grupos de ayuda mutua para mantener una vida activa y mejorar su calidad de vida.

Es importante resaltar que un alto porcentaje de ellos, incluidos en la encuesta SABE, presentan simultáneamente más de una enfermedad crónica (cuadro V), esto constituye un factor de riesgo relevante para la disminución de la funcionalidad física y mental, por lo que se deben anticipar acciones específicas para evitar las repercusiones físicas y psicosociales de la polipatología en la vejez.

Los programas comunitarios enmarcados en la atención primaria a la salud representan la opción más eficiente, eficaz y económica para prevenir y detectar oportunamente los padecimientos crónicos más frecuentes y sus complicaciones en las personas mayores. En este sentido se señala que cada dólar invertido en la educación de los diabéticos ambulatorios ahorra entre 2 y 3 dólares en la hospitalización; asimismo que los enfermos con artritis que participan en cursos de autoayuda experimentan una disminución significativa del dolor, representando un ahorro importante para el sistema de asistencia sanitaria.⁴⁹

De lo anterior podemos resaltar que las repercusiones psicosociales más relevantes en los adultos mayores con padecimientos crónicos en el contexto de pobreza generan un círculo vicioso, ya que la soledad, el abandono, la baja autoestima, la depresión y el deterioro cognitivo que acompañan a los padecimientos crónicos, repercuten negativamente en la calidad de vida y en el estado de salud. En este sentido, los programas de atención a la salud vigentes para este grupo en nuestro país, no responden a dicha problemática.

Por este motivo, la prevención y promoción de la salud a través de programas comunitarios representan una de las opciones más adecuadas para dicho contexto, ya que además de las repercusiones positivas de esta política en el estado de salud y bienestar de las personas adultas mayores, constituye

Cuadro V
Porcentaje de personas mayores de 60 años de edad en relación con el número de enfermedades crónicas reportadas en la encuesta SABE

Ciudad	Ninguna %	Una %	Dos %	Tres y más %
Bridgetown	23	32	28	16
Buenos Aires	19	35	27	19
México	32	34	23	11
Montevideo	23	31	27	20
Santiago	19	35	25	21
Sao Paulo	23	30	26	20

Fuente: referencia 32

una estrategia para evitar gastos excesivos e innecesarios que pudieran requerir los mayores.

MODELO DE ATENCIÓN COMUNITARIA

A finales del siglo XX la OMS⁴⁶ definió el envejecimiento activo como *“el proceso por el cual se optimizan las oportunidades de bienestar físico, social y mental durante toda la vida con el objetivo de ampliar la esperanza de vida saludable, la productividad y la calidad de vida en la vejez”*, con lo cual es factible establecer algunos indicadores para evaluar la eficacia de los programas comunitarios.

Por otro lado, la OPS⁴⁹ ha propuesto que *“la atención primaria de salud necesita un enfoque basado en la población que incluya la prevención, la detección temprana y el empoderamiento de los pacientes para que sepan cómo deben tratarse las enfermedades crónicas”*, para esto es indispensable establecer redes de apoyo social con los recursos de la comunidad, considerando el uso óptimo de los programas gubernamentales de apoyo social y económico para los adultos mayores. Bajo este contexto nuestro grupo de trabajo ha desarrollado el *“Modelo de atención comunitaria de núcleos gerontológicos”*, sustentado en el autocuidado, autoayuda (ayuda mutua) y autogestión.⁶¹

Para diseñar nuestra propuesta, además de considerar el sustento teórico del trabajo comunitario y las experiencias de otros países, organizamos un seminario de análisis crítico con el fin de contar con un diagnóstico situacional de los programas, acciones y tipo de atención que actualmente se les brinda a estas personas en México, cuyas conclusiones son las siguientes:⁶²

- 1. Trabajo comunitario asistemático.** Las acciones comunitarias gerontológicas en nuestro país no responden a un plan nacional gerontológico y sólo son congruentes con las necesidades establecidas a nivel internacional para las personas adultas mayores, por lo que los programas establecidos por las instituciones públicas de salud, seguridad social y desarrollo social no tienen una coordinación integral y, por lo tanto, las acciones que llevan a cabo no se complementan ni garantizan la continuidad de trabajo, lo que difícilmente permite evaluar el impacto de esos programas y en cierta medida generan confusión, tanto en los profesionales responsables de los programas, como en los mayores adscritos simultáneamente a más de un programa gerontológico.
- 2. Enfoque asistencial benefactor.** Un alto porcentaje de profesionales de la salud y la comunidad consideran el trabajo comunitario sólo como un instrumento de justicia benefactora, dejando de lado el autocuidado, la autoayuda y la autogestión. En este enfoque, el profesional está pensando en todo momento qué le puede conseguir a los ancianos y ellos a su vez siempre están espe-

rando la ayuda material y económica que se les debe otorgar por el hecho mismo de ser personas mayores, sin participar activamente en programas de desarrollo social y promoción de la salud.

3. Promoción de dependencia institucional. Algunas instituciones compiten por el control y establecimiento de programas gerontológicos comunitarios favoreciendo la dependencia institucional. Es común escuchar en estas instituciones expresiones de pertenencia "*mi grupo*", "*mis grupos*" y "*mi comunidad*".

4. Utilitarismo político. El grupo de adultos mayores y el trabajo comunitario que se propone para ellos con frecuencia se utilizan con fines políticos, planteando acciones populistas efímeras, costosas e intrascendentes a mediano y largo plazo.

5. Centros de día sin programa gerontológico. Algunas instituciones ofrecen servicios para adultos mayores con el fin de "*entretenerlos*" y "*cuidarlos*" durante los horarios laborales, sin considerar las necesidades individualizadas enmarcadas en un programa gerontológico.

6. Centros de recreación sin contexto antropológico. Los programas de recreación que proponen algunas instituciones no consideran los aspectos sociohistóricos de la población, proponiendo programas de recreación que responden a la potencialidad institucional o a las ideas unilaterales de los responsables de los programas, sin tomar en cuenta la escolaridad, el género, la cultura y los intereses de las personas mayores.

7. Prioridad de la atención de la enfermedad sobre la salud. La mayoría de los programas de atención comunitaria gerontológica, se orientan principalmente a la detección oportuna y el control de padecimientos en la comunidad, dejando en segundo término el control del anciano sano y la promoción de la salud para alcanzar o mantener el envejecimiento activo.

8. Desvinculación de las redes de apoyo social formal e informal. Algunas instituciones y grupos de ayuda mutua proponen acciones que se contraponen o se repiten, por falta de coordinación o desconocimiento de las redes de apoyo social. Esto propicia desconcierto y confusión en los adultos mayores.

9. Interpretación inadecuada del autocuidado y la autoayuda (ayuda mutua) y autogestión. Con frecuencia algunas instituciones, profesionales y la misma comunidad, limitan la interpretación del autocuidado al "*cuidado personal físico*", sin considerar la corresponsabilidad del anciano para procurarse apoyo familiar y social. Asimismo limitan la autoayuda sólo a la interacción de los grupos durante las reuniones de recreación, olvidando la corresponsabilidad fuera de dicho entorno y la autogestión a sólo tramitar credenciales de descuentos económicos o solicitar apoyos aislados y circunstanciales que son propuestos por alguno de los integrantes del grupo, sin enmarcarse en los objetivos o metas de un programa.

El autocuidado, la autoayuda y la autogestión constituyen los elementos estratégicos fundamentales para los programas comunitarios gerontológicos, los cuales están estrechamente vinculados; por tal razón no podemos proponerlos aisladamente (figura 3). Cualquier programa comunitario gerontológico encaminado a mejorar el estado de salud y la calidad de vida, debe establecer los mecanismos que permitan su ejecución armónica y complementaria.

La Unidad de Investigación en Gerontología de la Facultad de Estudios Superiores (FES) ZARAGOZA, de la UNAM, ha integrado los aspectos teóricos antes señalados, desarrollando un modelo de atención comunitaria de núcleos gerontológico, que se ha estado adecuando en los últimos 10 años.

El modelo (figura 4) incluye a la Unidad Universitaria de Atención Primaria Gerontológica (UUAPG) de la FES ZARAGOZA, UNAM como uno de los elementos de la red de apoyo social, responsable de formar a los Gerontólogos no Profesionales (promotores de salud gerontológica), quienes coordinan los grupos de autoayuda denominados núcleos gerontológicos (NG) integrados por 10 a 15 adultos mayores agrupados por afinidad y cercanía geográfica entre sus domicilios. Los núcleos gerontológicos funcionan bajo las directrices de autocuidado, autoayuda y autogestión. Los pilares del trabajo comunitario son:

- **Vigilancia de salud gerontológica:** tiene como objetivo fundamental mantener, prolongar y recuperar la funcionalidad física, mental y social, así como mejorar la autopercepción de bienestar psicosocial, considerando su condición física y su entorno sociocultural. Para tal efecto, se han implementado los programas de control del anciano sano y enfer-

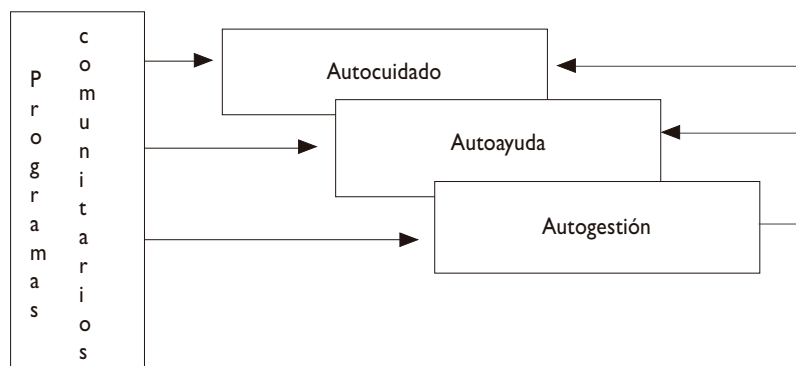
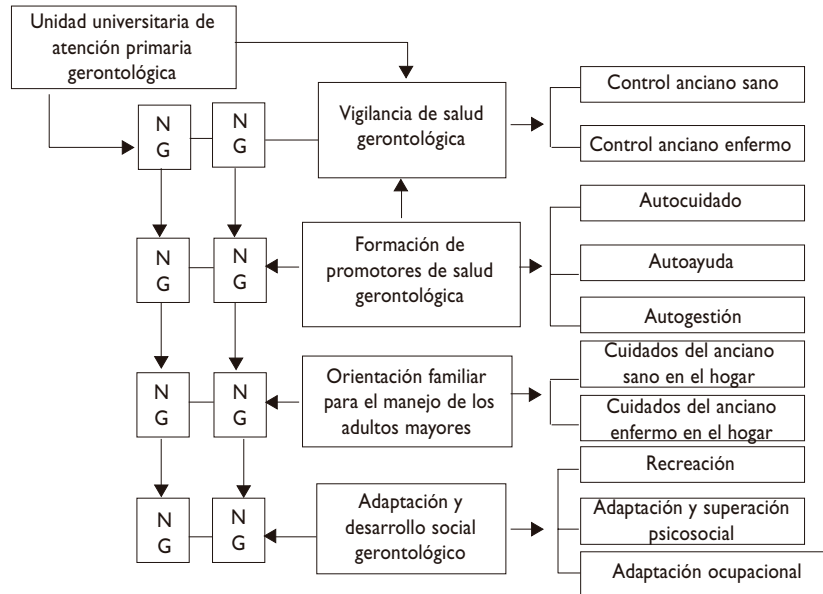


Figura 3. Esquema de integración del autocuidado, autoayuda y autogestión en los programas comunitarios



NG= Núcleo gerontológico

Figura 4. Modelo de atención comunitaria de núcleos gerontológicos

mo, con protocolos de evaluación, vigilancia y acciones de atención primaria preestablecidos.

- **Formación de promotores de salud gerontológica:** la UUAPG es la responsable de formar a los promotores de salud gerontológica, siguiendo un programa académico formal, considerando la educación continua y la certificación de la actualidad y pertinencia de los conocimientos impartidos.
- **Orientación familiar para el manejo de los adultos mayores:** los promotores de salud gerontológica tienen los conocimientos suficientes para orientar y capacitar a los familiares, con el fin de que brinden los cuidados básicos de atención al anciano sano y enfermo en el hogar.
- **Adaptación y desarrollo social gerontológico:** en esta área se busca que los adultos mayores disfruten al máximo su condición de ancianidad, de ahí que se recomienda la implantación de programas de recreación, adaptación y superación psicosocial y ocupacional bajo un enfoque antropológico, acorde con sus intereses, edad, escolaridad, género, estado de salud y situación socioeconómica.

Es importante aclarar que si se pretende replicar el modelo, deberá adecuarse a las circunstancias específicas de la comunidad, considerando su potencialidad e intereses.

Finalmente, podemos resaltar que el máximo de calidad de vida en la comunidad para los adultos sólo será posible con la participación activa de ellos mismos y su familia, con el apoyo de los profesionales de la salud y los organismos gubernamentales y no gubernamentales (redes de apoyo social formales e informales).

Referencias

1. Bird CE, Rieker PP. Gender matters: an integrated model for understanding men's and women's health. *Soc Sci Med* 1999; 48:745-755.
2. Sennot-Miller L. Older woman in Latin America: the health and socioeconomic situation of this important subgroup. *Health Care Women Int* 1995;16:413-424.
3. Carnes BA, Olshansky SJ. Heterogeneity and its biodemographic implications for longevity and mortality. *Exp Gerontol* 2001;36:419-430.
4. Horsten M, Ericson M, Perski A, Wamala SP, Schenck-Gustafsson K, Orth-Gomér K. Psychosocial factors and heart rate variability in healthy women. *Psychosom Med* 1999;61: 49-57.
5. Kempen GJIM, Brilman EI, Ranchor AV, Ormel J. Morbidity and quality of life and the moderating effects of level of education in the elderly. *Soc Sci Med* 1999;49:143-149.
6. Cheng YH, Chi I, Boey KW, Ko LSF. Self-rated economic condition and the health of elderly persons in Hong Kong. *Soc Sci Med* 2002;55:1415-1424.
7. Sherman AM. Social relations and depressive symptoms in older adults with knee osteoarthritis. *Soc Sci Med* 2003;56:247-257.
8. Stuck EA, Walthert JM, Nikolaus T, Büla CJ, Hohmann C, Beck C. Risk factors for functional status decline in community-living elderly people: a systematic review. *Soc Sci Med* 1999;48:445-469.
9. Niaura R, Banks SM, Ward KD, Stoney CM, Spiro III A, Aldwin CM, Landsberg L, Weiss ST. Hostility and the metabolic syndrome in older males: the normative aging study. *Psychosom Med* 2000;62: 7-16.
10. Baron-Epel O, Kaplan G. General subjective health status or age-related subjective health status: does it make a difference. *Soc Sci Med* 2001; 53: 1373-1378.
11. Gallant MP, Dorn GP. Gender and race differences in the predictors of daily health practices among older adults. *Health Educ Res* 2001;16:21-31.
12. Semsei I. On the nature of aging. *Mech Ageing Dev* 2000; 117:93-108.
13. Harman D. The aging process. *Proc Natl Acad Sci USA* 1981;78:7124-7128.

14. Strehler B, North D. Cell-type specific codon usage and differentiation. *Mech Ageing Dev* 1982; 18:285-313.
15. Olshansky SJ, Hayflick L, Cames BA. No truth to the fountain of youth. *Sci Am* 2002;286:78-81.
16. Seeman TE, Singer BH, Riff CD, Love GD, Levy-Storms L. Social relationships, gender, and allostatic load across two age cohorts. *Psychosom Med* 2002; 64:395-406.
17. McEwen B. Sex, stress and hippocampus: allostasis, allostatic load and the aging process. *Neurobiol Aging* 2002;23: 921-939.
18. Seeman TE, McEwen BS, Rowe JW, Singer BH. Allostatic load as a marker of cumulative biological risk: MacArthur studies of successful aging. *Proc Natl Acad Sci USA* 2001;98:4770-4775.
19. Rowe J, Kahn R. Successful aging. *Gerontologist* 1997;37:433-440.
20. Scheidt RJ, Humpherys DR, Yorgason JB. Successful aging: what's not to like. *J Appl Gerontol* 1999;18: 277-282.
21. Fernández-Ballesteros R, Zamarrón MD, Maciá A. Calidad de vida en la vejez en distintos contextos. Madrid: INSERSO, 1996:24-47.
22. Palomino B, López G. La calidad de vida: expresión del desarrollo. En: Daltabuit M, Mejía J, Álvarez RL. Calidad de vida, salud y ambiente. México, DF: UNAM/CRIM /IIA/INI, 2001:33-48.
23. Organización Panamericana de la Salud. Indicadores de salud: elementos básicos para el análisis de la situación de salud. *Bol Epidemiol* 2001;22:1-16.
24. Velarde-Jurado E, Ávila-Figueroa C. Evaluación de la calidad de vida. *Salud Publica Mex* 2002;44:349-361.
25. Mendoza-Núñez VM. Calidad de vida para los adultos mayores en la comunidad. *Arch Geriatr* 2002;5:109-116.
26. Zúñiga MA, Carrillo-Jiménez GT, Fos PJ, Gandek B, Medina-Moreno MR. Evaluación del estado de salud con la encuesta SF36: resultados preliminares en México. *Salud Publica Mex* 1999;41:110-118.
27. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short form survey (SF36): conceptual framework and item selection. *Med Care* 1992;30:473-483.
28. Singleton N, Turner A. SF-36 is suitable for elderly people. *Br Med J* 1993;307:126-127.
29. Hobson JP, Meara RJ. Is the SF-36 health survey questionnaire suitable as a self-report measure of the health status of older adults with Parkinson's disease?. *Qual Life Res* 1999;6:213-216.
30. Schlenk EA, Erlen JA, Dunbar-Jacob J, McDowell J, Engberg S, Sereika SM, Rohay JM, Bernier MJ. Health-related quality of life in chronic disorders: a comparison across studies using the MOS SF-36. *Qual Life Res* 1998;7:57-65.
31. Carver DJ, Chapman CA, Thomas VS, Stadnyk KJ, Rockwood K. Validity and reliability of the medical outcomes study short Form-20 questionnaire as a measure of quality of life in elderly people living at home. *Age Ageing* 1999;28:169-174.

32. Pelález M, Palloni A, Pinto G, Arias E. Encuesta multicéntrica. Salud bienestar y envejecimiento (SABE) en América Latina y el Caribe. Washington, DC: OPS CAIS 36, 2001;5: 6-19.
33. Organización Mundial de la Salud. Ageing. Exploding the myths. Ginebra: OMS, 1999. Disponible en: <http://www.who.int/hpr/ageing/publications.htm>
34. Langer A, Lozano R. Condición de la mujer y salud. En: Figueroa PJG, comp. La condición de la mujer en el espacio de la salud. México, DF: El Colegio de México, 1998: 33-82.
35. Bonita R. Women, ageing and health. Achieving health across the life span. Ginebra: OMS, 1998. Disponible en: <http://www.who.int/hpr/ageing/publications.htm>
36. Christensen K, Orstavic KH, Vaupel JW. The X chromosome and the female survival advantage. *Ann NY Acad Sci* 2001;954:175-183.
37. Hayflick L. The cell biology of human aging. *Sci Am* 1990;142:1-12.
38. Lavoie J-C, Chessex P. Gender and maturation affect glutathione status in human neonatal tissues. *Free Radic Biol Med* 1997;23:648-657.
39. Lee T-M, Su Sh-F, Tsai Ch-Ch, Lee Y-T, Tsai CH-H. Cardioprotective effect of 17-estradiol produced by activation mitochondrial ATP-sensitive K⁺ channels in canine hearts. *J Mol Cell Cardiol* 2000;32:1147-1158.
40. Habif S, Mutaf I, Turgan N, Onur E, Duman C, Özmen D, Bayindir O. Age and gender dependent alterations in the activities of glutathione related enzymes in healthy subjects. *Clin Biochem* 2001;34: 667-671.
41. Mendoza-Núñez VM, Sánchez-Rodríguez MA, Retana-Ugalde R, Vargas-Guadarrama LA, Altamirano-Lozano MA. Total antioxidant levels, gender, and age as risk factors for DNA damage in lymphocytes of elderly. *Mech Ageing Dev* 2001;122:835-847.
42. United Nations. Follow-up to the second world assembly on ageing. Report of the General Secretary, 2003. Disponible en: <http://www.un.org/esa/socdev/ageing/waa/index.html>
43. Organización Mundial de la Salud. Men ageing and health. Achieving health across the life span. Ginebra: OMS, 2001. Disponible en: <http://www.who.int/hpr/ageing/publications.htm>
44. HelpAge International. The ageing and development report: poverty, independence and the world's older people. London: HelpAge, 1999. Disponible en: <http://www.helpage.org>
45. HelpAge International. Poverty and ageing. London: HelpAge, 2000. Disponible en: <http://www.helpage.org>
46. Organización Mundial de la Salud. Active ageing. A policy framework. Ginebra: OMS, 2002. Disponible en: <http://www.who.int/hpr/ageing/publications.htm>
47. Wong R. Transferencias intrafamiliares e intergeneracionales en México. En: Consejo Nacional de Población. Envejecimiento demográfico de México: retos y perspectivas. México, DF: CONAPO, 1999:145-169.

48. Organización Mundial de la Salud. Integrated management of cardiovascular risk. Report of a WHO Meeting. Ginebra, 9-12 julio, 2002.
49. Organización Panamericana de la Salud. La salud y el envejecimiento. OPS CE130/15, Washington, DC:OPS, 2002: 5-17.
50. Olaiz G, Rojas R, Barquera S, Shamah T, Aguilar C, Cravioto P, López P, Hernández M, Tapia R, Sepúlveda J. Encuesta Nacional de Salud 2000. Tomo 2. La salud de los adultos. Cuernavaca, Morelos, México: INSP, 2003:106-114.
51. Moreno AL. Epidemiología y diabetes. Rev Fac Med UNAM 2001;44:35-37.
52. Secretaría de Salud. Estadísticas de mortalidad en México: muertes registradas en el año 2001. Salud Publica Mex 2002;44(6):565-581.
53. Organización Mundial de la Salud. National cancer control programmes. 2nd ed. Ginebra: OMS, 2002. Disponible en: <http://www5.who.int/cancer>
54. Keer LD. Inflammatory arthritis in the elderly. Mt Sinai J Med 2003;70:23-26.
55. South-Paul JE, Col MC. Osteoporosis Part I. Evaluation and assessment. Am Fam Physician 2001;63:897-904.
56. Delezé M. Osteoporosis: magnitud del problema en México y a nivel mundial. Impacto socioeconómico. Climaterio 1998;1(4):141-146.
57. Correa-Muñoz E, Vázquez-Zamora M, Sánchez-Rodríguez M, Mendoza-Núñez VM. Prevalencia y factores de riesgo para osteoporosis en una población de adultos mayores de Actopan, Hidalgo. Un estudio exploratorio. Arch Geriatr 2002;5:103-106.
58. Wagner FA, Gallo JJ, Delv J. Depression in late life: a hidden public health problem for Mexico? Salud Publica Mex 1999;41:189-202.
59. Vas ChJ, Rajkumar S, Tanayakitpisai P, Chandra V. Alzheimer's disease: the brain killer. Ginebra: OMS, 2001: 3-5.
60. Arronte-Rosales A, Téllez-Vargas A, Guzmán-Sánchez MA, Martínez-Serrano ME, Mendoza-Núñez VM. Evaluación del estado afectivo y cognitivo en dos poblaciones de adultos mayores: urbana y rural. Arch Geriatr 2002;5:99-102.
61. Mendoza-Núñez VM, Correa-Muñoz E, Sánchez-Rodríguez M, Retana-Ugalde R. Modelo de atención de núcleos gerontológicos. Geriatrika 1996;12:15-21.
62. Correa-Muñoz E, Arronte-Rosales A, Martínez-Maldonado ML, Mendoza-Núñez VM. Unidad Multidisciplinaria de investigación en gerontología de la FES ZARAGOZA, UNAM. Arch Geriatr 2000;3:106-112.

ENFOQUES Y PERSPECTIVAS SOBRE EL ENVEJECIMIENTO EN MÉXICO*

ROBERTO HAM CHANDE

EL INICIO DEL ENVEJECIMIENTO DEMOGRÁFICO

El proceso de envejecimiento de la población de México va adquiriendo importancia como preocupación social, económica y también política, con lo cual es cada vez más tema de estudio. Pero también debe decirse que esta relevancia es reciente y que los conceptos, enfoques y metodologías aún están en construcción. En sus antecedentes, las percepciones y reacciones sobre el proceso de envejecimiento de la población de México comienzan siempre bajo la perspectiva demográfica y ahora se repite constantemente que la baja de la mortalidad seguida luego por el descenso de la fecundidad constituyen la transición demográfica, y que una de sus manifestaciones principales es el aumento porcentual y absoluto de la población envejecida. Este proceso de envejecimiento se toma como base para explicar las crisis actuales de la seguridad social y advierte de problemas por venir ligados a la transición de la salud. Estos conceptos tienen visos de sentencia, por lo que merecen matizarse y contextualizarse.

En primer lugar es necesario admitir que los cambios tanto en la mortalidad como en la fecundidad, han sido acciones directas y explícitas necesarias en busca del bienestar y el desarrollo. Las espectaculares ganancias en las esperanzas de vida luego de 1945 y hasta 1970 fueron producto de avances educativos, programas de salud pública y nuevas tecnologías médicas.¹

Después se hizo verdaderamente indispensable disminuir el crecimiento demográfico como elemento esencial para el desarrollo, en busca de otorgar mejores oportunidades a individuos y familias, además de incorporar a las mujeres a la modernidad.² La necesidad de implementar políticas de población bajo la estrategia principal de reducir la tasa de fecundidad venía primordialmente de los escenarios de grandes volúmenes de población que mostraban las proyecciones, bajo la hipótesis de que continuara una alta fecundidad.

* Este capítulo es parte de una investigación financiada por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, bajo la clave G34361S.

Como insumos de población a la planeación económica y social, las primeras proyecciones llegaban al año 1980. Al adoptarse las nuevas políticas de población, los ejercicios prospectivos se extendían tan solo al año 2000, fecha que entonces se miraba como el umbral no sólo hacia un nuevo siglo, sino también hacia el siguiente milenio, con mucho de significativo en la concepción de metas demográficas para una nueva sociedad.³ Bajo estos paradigmas, se comparaba entonces lo que sucedería con una fecundidad natural contra lo que se esperaba en forma planificada, cuando los propósitos eran disminuir el ritmo de reproducción para que la población creciera a una tasa de 1% al cambio del siglo.^{4,5}

Evidentemente que los objetivos de los planes de desarrollo y las políticas de población nunca fueron los de envejecer, de tal forma que al momento de implementar las políticas de población, poco se reflexionó en el proceso por venir y sus consecuencias. De hecho, en esas primeras proyecciones “programáticas” ya con las políticas de población en marcha y los nuevos supuestos de fecundidad, el porcentaje de población de 65 y más al año 2000 se preveía alrededor de 5%, cifra que a nadie inquietaba y que resultaba menor comparada con los problemas de salud, empleo, hacinamiento urbano, educación, medio ambiente y en general con los problemas del desarrollo incompleto, de manera que la vejez futura de la población no era un elemento que trajera preocupaciones. Pero eso sería sólo lo incipiente.

LAS PROSPECTIVAS ACTUARIALES

Antes que los demógrafos, los actuarios de la seguridad social elaboran e interpretan proyecciones; éstas no son demográficas sino actuariales, las cuales: toman en cuenta las proyecciones demográficas; hipotetizan sobre prospectivas de los afiliados a la seguridad social; miran las contingencias a cubrirse por riesgos de trabajo, enfermedad, muerte y vejez; evalúan los recursos a recibirse por aportaciones y productos financieros. Aquí no se trata sólo del juego demográfico entre mortalidad y fecundidad matizados por la migración, sino del crecimiento del empleo formal, la permanencia en el trabajo, la acumulación de derechos, las demandas por subsidios, las necesidades de atención médica, el pago de pensiones, en un sistema que debe equilibrarse financieramente y garantizar su permanencia. La importancia de estas actividades actuariales es tal, que son obligadas y reglamentadas por ley.⁶ Pero las bases técnicas y la ley no necesariamente concuerdan con los afanes políticos y los motivos sindicales.

Desde los inicios de la seguridad social los beneficios que se han otorgado han sido actuarialmente mayores que los recursos asignados para aten-

derlos, incurriendo en lo que se denomina un déficit actuarial.*⁷ El origen de estas diferencias está en el uso de la acumulación de recursos, no necesariamente financieros, que deberían sustentar obligaciones futuras y que de momento parecían sobrantes. En apariencia era fácil conceder prestaciones sin los correspondientes incrementos a cuotas e ingresos y hacer uso político de estas concesiones.

Aunque dentro de tonalidades actuariales y sólo para la seguridad social, es en este campo donde se preveían los problemas y las características del envejecimiento en México. En la publicación del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) de los trabajos más relevantes presentados en la II Reunión Nacional de la Investigación Demográfica en México, celebrada en 1980, se toca por primera vez la perspectiva del envejecimiento demográfico del país en general, y se hace referencia a las limitaciones de la seguridad social.⁸

PRESENCIA Y PROSPECTIVA DEL ENVEJECIMIENTO

En el Consejo Nacional de Población (CONAPO) las proyecciones demográficas ya abarcan hasta el año 2050 y los escenarios obligan a distinguir la participación porcentual y absoluta de la población mayor de 60 y 65 años de edad, en magnitudes que claramente no se pueden eludir en la planeación económica y social del país. Las proyecciones de población publicadas en 1996 agregan ya un apartado sobre el sector de la vejez; éstas se han revisado y afinado tomando en cuenta las tendencias observadas desde 1930, estimando dinámicas en las estructuras de población como la que se muestra en la figura 1.⁹

Las estadísticas de esta figura muestran gran ajuste con las proyecciones programáticas de CONAPO una vez iniciados los programas de planificación familiar y hasta el año 2000. En esas décadas los incrementos en el porcentaje de la población por encima de 65 años de edad son apenas perceptibles. En cuanto a las perspectivas para la primera mitad del siglo XXI, existe gran certidumbre de que así serán las tendencias generales que siga la dinámica de población, con lo cual se acepta el rápido envejecimiento de la población cuando se mide a través de los notables incrementos de la población mayor a 65 años de edad. No se trata sólo de fijarse en los parámetros demográficos, sino también de atender las advertencias de la seguridad social. Se suscita así

* Cuando en un sistema de seguridad social se traen a valor presente las proyecciones de pagos y las de ingresos, la diferencia refleja un saldo actuarial. Este ejercicio constituye un balance actuarial al que se está periódicamente obligado por las leyes que gobiernan a la administración de la seguridad social.

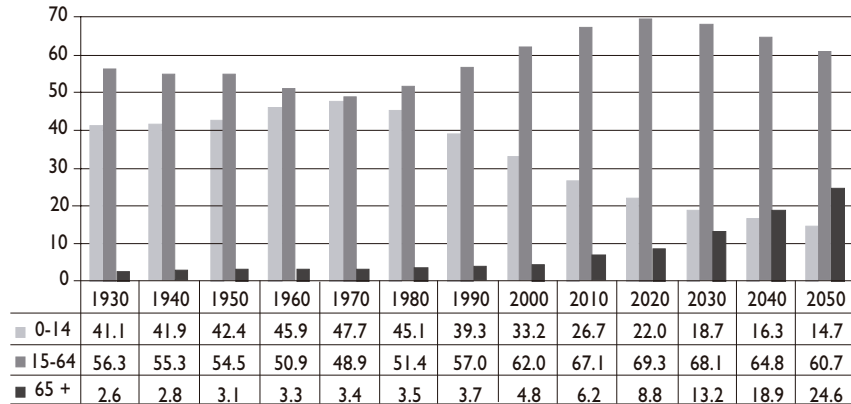


Figura 1. Distribución porcentual de la población en grandes grupos de edad. México, 1930-2050

el planteamiento del envejecimiento como material de investigación social, económica y de la salud, lo cual metodológicamente debe comenzar por las definiciones y los conceptos.

En la década de los años 90 y en muy poco tiempo toma importancia el tema del envejecimiento demográfico de México. El detonante mayor viene con las insuficiencias financieras que aparecen en la seguridad social para el pago de las pensiones de retiro. Se trata de una verdadera crisis, que llama la atención política, que busca incluso culpables y que se tarda en reconocer que la explicación principal está en el desequilibrio entre aportaciones y beneficios, así como en las prerrogativas concedidas a sindicatos y grupos privilegiados.¹⁰

Al mismo tiempo, el sistema de salud reacciona ante la problemática de la acción conjunta entre la transición demográfica y la concomitante transición de la salud donde el envejecimiento demográfico y sus manifestaciones generan crecientes incidencias de enfermedades crónicas, degenerativas e incapacitantes. Se trata de problemas de salud de gran costo y que se agregan al costo de las pensiones.

Un ejemplo de la importancia de las pensiones de retiro y del costo que representa la atención a la salud, se encuentra en el siguiente cuadro, el cual contiene algunos de los cálculos hechos por A. Valencia a propósito de las reformas a la seguridad social.¹¹ Lo que se muestra son las aportaciones que debería estar cubriendo un trabajador para que, por una parte, acumulara el capital suficiente para retirarse con una jubilación de 100% de su último salario y, por otra, para que también pudiera sostenerse el gasto en atención médica que recibe. Las condiciones para el cálculo son que ese trabajador se incorpora

Cuadro I
Tasas de aportación necesarias para cubrir 100 % de la pensión
y la atención médica después de la jubilación

Interés	Edad de jubilación	60 años	65 años
3.5 %	Jubilación	25.8	18.1
	Jub + medic	31.3	22.3
2.0 %	Jubilación	40.7	29.3
	Jub + medic	49.6	36.1
0.0 %	Jubilación	74.1	54.5
	Jub + medic	91.1	67.3

al mercado de trabajo a los 25 años de edad, mantiene toda su vida un sueldo equivalente a tres salarios mínimos, y que labora sin interrupción hasta los 60 ó 65 años de edad. Los cálculos se hacen suponiendo que el fondo que acumula gana intereses reales en tres posibilidades, una de 3.5%, otra a 2.0% y otra a cero%. Los gastos toman en cuenta la experiencia del IMSS en cuanto a costo de la atención médica por edad del asegurado.

Debe decirse que las tasas del 3.5 y del 2.0% son demasiado optimistas y que incluso la del cero% también, pues supone que el dinero no se erosiona por inflación o gastos de administración. Sin embargo, las cifras dicen que en las condiciones descritas se requiere aportar 25.8% del salario para una jubilación a los 60 años de edad o de 18.1% si ésta es a la edad de 65. Si además se quiere contar con el servicio médico, las aportaciones suben a 31.3% y a 22.3%. Si los mercados financieros sólo conceden intereses de 2.0 % las cuotas deben ser de 49.6 y 36.1. En un supuesto más realista con las condiciones presentes, pero todavía con un grado de optimismo y en el cual si el fondo acumulado no acumula intereses, pero tampoco pierde valor, la pensión y la atención médica desde los 60 años cuesta 91.1% del salario y 67.3% si es desde la edad de 65. Una pregunta que queda entonces es cómo va a ser una pensión capitalizada con tan solo el 8.0% del salario, como es ahora el caso de los afiliados al IMSS después de junio de 1997.

ENVEJECIMIENTO Y DEPENDENCIA

Cuando se habla del envejecimiento de una población y de sus cifras, la referencia es siempre a las estadísticas de las personas que han llegado o sobrepasan cierta edad que se considera suficientemente avanzada, como 60 años, 65, o alguna otra. Pero alcanzar una edad avanzada no es en sí misma la cuestión a considerarse, sino el estado y las características con las que se llega

a esa edad. En realidad lo que preocupa es la vulnerabilidad que se correlaciona en forma creciente conforme las edades son mayores y que se manifiesta en pérdidas de autonomía, disminución de adaptabilidad, incapacidad para responder ante estrés, todo lo cual se traduce en una dependencia social y económica.¹² Se tiene así que en una misma edad se mezclan personas con gran independencia junto a todos los otros grados de dependencia, desde los menores hasta los más severos, en cantidades y cualidades que están siempre en relación con la edad alcanzada.

Las características de vulnerabilidad en el envejecimiento se pueden clasificar en grandes rubros. En estas notas las consideramos desde el punto de vista de la salud, en su relación con cuestiones *económicas*, en las relaciones *familiares* y en los aspectos *sociales*.

- El envejecimiento tiene ciertas marcas de las cuales las más evidentes y significativas tienen que ver con la *salud* y las capacidades físicas y mentales. Prácticamente se ve con normalidad que sean las edades en las que aparecen las enfermedades crónicas, surgen las anomalías degenerativas y se dan las incapacidades. Sin embargo, esta es una “normalidad” contra la que hay que oponerse.
- Muy ligadas con las pérdidas de salud y la disminución de las capacidades físicas y mentales se derivan situaciones *económicas* que pueden asimismo caracterizarse como parte del envejecimiento. Las necesidades y patrones de consumo cambian, se pierde productividad y con ello hay dificultades de empleo y de ingresos, lo cual ejerce presión sobre el sistema de seguridad social.
- Las relaciones *familiares* también cambian conforme se envejece y evidentemente se ven afectadas por los estados de salud, físicos y mentales, así como por las condiciones económicas. Los efectos más reconocidos sobre la familia son en cuanto a la estructura por edades, a las relaciones de parentesco, los arreglos de domicilio y las estrategias de supervivencia.¹³
- En aspectos *sociales* a nivel macro, la mayor presencia de población en edades avanzadas y la menor participación en los grupos infantiles y de la adolescencia indudablemente afectarán las relaciones entre generaciones. Ejemplos inmediatos van a ser la consideración que tengan las otras generaciones sobre los grupos envejecidos, lo que las personas mayores consideren respecto a las generaciones de adultos y de los jóvenes, así como también lo que piensen de sí mismos.¹⁴ No se trata solamente de sentimientos y de opinión, sino de temas trascen-

dentos como el gasto en jubilaciones y las necesidades de atención que ponen en entredicho la solidaridad entre generaciones. Serán importantes los temas culturales, la participación política y el empoderamiento de las cohortes envejecidas.

En un proceso de envejecimiento, individual o colectivo, las áreas descritas no son sucesivas. Más bien existen interrelaciones entre ellas, cuyas direcciones e intensidades aguardan identificación y medición. Por suponer un ejemplo simple de este argumento, una persona mayor quizá desarrolle una diabetes que termine por imposibilitarla para el trabajo, con lo cual pasa a depender de sus relaciones familiares en lo económico y para su cuidado. Pero quizá sea que la pérdida del empleo por razones de cambios tecnológicos la lleva a bajos ingresos que le obliguen a dietas más baratas y falta de control médico que a su vez favorezcan la diabetes. En todo caso, se hace necesario el establecimiento de modelos de relación y su estimación estadística.

En las revisiones bibliográficas relatando experiencias de países que han antecedido a México en su grado de envejecimiento y de la propia reflexión sobre el caso propio, ya se han creado marcos conceptuales acerca de los factores de riesgo y de sus interrelaciones.¹⁵ De esta forma, ya existe conocimiento de las variables más importantes para cuantificarse y estudiarse en los países desarrollados. La cuestión ahora es dilucidar qué tanto de esas experiencias son aplicables al caso de México y qué otros conceptos debemos generar.

- En el aspecto físico se tienen las pérdidas de salud, medidas a través de incidencias y prevalencias de enfermedades, particularmente de las de carácter crónico, junto con las condiciones de incapacidad. El desempeño y la actividad se miden a través de la fortaleza muscular, la movilidad, el equilibrio, las capacidades sensoriales, las posibilidades de realizar las actividades que requiere la vida cotidiana normal y el estado de nutrición.
- Otro aspecto por demás importante es la capacidad mental, comenzando por el estado cognoscitivo, los estados depresivos y las demencias.
- En la parte económica se puede indagar sobre ingresos y gastos, protección de la seguridad social, disponibilidad de empleo, apoyos y transferencias, acumulación de bienes y niveles de pobreza.
- Algunos de los factores de carácter social se refieren a la edad y al sexo, la escolaridad alcanzada, la etnia, la ocupación que se desempeña, la inserción dentro de la familia, los roles sociales y familiares que se asumen.

En el caso de México estos aspectos se encuentran ya plasmados en dos encuestas expresamente diseñadas para el estudio de la población mayor. Por una parte está la que se hizo sobre Salud y Bienestar en el Envejecimiento, realizada en 1999 en la Ciudad de México.¹⁶ Se trata de un proyecto latinoamericano, en el cual el mismo cuestionario se aplicó en siete ciudades de América Latina y el Caribe. La otra experiencia principal es la Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México realizada en 2001, y preparada para ser una indagación longitudinal;¹⁷ la segunda ronda de entrevistas se realizó en 2003. Con estos acervos se espera cubrir gran parte de las necesidades de información y conocimiento que se requieren para la nación, en cuestiones del envejecimiento demográfico. Asimismo, otros acervos de datos más generales proporcionan elementos valiosos en la investigación sobre la población envejecida, simplemente porque ésta es parte de toda la población. Están desde luego los Censos Generales de Población y Vivienda, pero también las encuestas nacionales de empleo, las de ingresos y gastos de los hogares y las de salud. Respecto a las de salud destaca la Encuesta Nacional de Salud del año 2000.¹⁸

ESPERANZAS DE VIDA Y EXPECTATIVAS DE SALUD

En su acepción numérica la esperanza de vida a una edad x es un resumen de la mortalidad a partir de esa edad x . Tiene, además, una interpretación clara y directa: es el promedio del tiempo por vivir de las personas de edad x . Es por esto que resulta un indicador preferido para analizar los cambios en la mortalidad y también para medir la longevidad. En el cuadro II se muestran las esperanzas de vida al nacer y las que se tienen a la edad de 65 años, para hombres y para mujeres, salidas de las tablas mortalidad calculadas para 1930 y hasta 2000 por CONAPO, junto con las proyectadas hasta el año 2050. Los cambios ya experimentados han sido notorios y de muchas maneras ya conocidos. Los que se esperan no varían mucho entre una y otra hipótesis de mortalidad futura, la que se supone va lentamente a la baja.

También debe anotarse que las esperanzas de vida son tan solo medidas del grado de supervivencia esperado, nada dicen de la salud, ni de la calidad de vida que queda por delante. En este sentido resultan importantes los conceptos de las expectativas de salud y bienestar, donde las esperanzas de vida se dividen en una parte que transcurrirá sin mayores problemas de salud y dentro de una calidad aceptable, en contraste con otra que será marcada por daños en salud y malestar. En el cuadro III se presentan las esperanzas de vida y las expectativas de vida saludables calculadas mediante la tabla de mortalidad de CONAPO correspondiente al año 2000, en conjunto con la Encuesta Nacional de Salud del mismo año y con estimaciones de la Encuesta Nacional Sociodemográfica del Envejecimiento en México de 1995.

Cuadro II
Esperanzas de vida al nacimiento y a 65 años de edad,
hombres y mujeres. México, 1930-2050

	Hombres		Mujeres	
	EV(0)	EV(65)	EV(0)	EV(65)
1930	35.5	10.7	37.0	10.9
1940	40.0	11.0	42.1	11.3
1950	48.2	12.6	51.1	13.0
1960	56.3	13.8	59.5	14.4
1970	59.7	14.2	63.6	15.0
1980	64.0	15.3	70.0	16.5
1990	68.9	16.5	74.0	17.8
2000	73.1	17.9	77.6	19.0
2010	76.0	19.0	80.2	20.3
2020	78.5	20.1	82.4	21.5
2030	80.0	20.8	83.7	22.2
2040	81.2	21.4	84.8	22.9
2050	82.1	21.9	85.6	23.4

Cuadro III
Esperanzas de vida y expectativas de salud. México, 2000

Edad	Hombres			Mujeres		
	EV(x)	EVEnf(x)	EVInc(x)	EV(x)	EVEnf(x)	EVInc(x)
60	21.4	15.3	6.0	22.8	18.0	8.7
65	17.8	13.3	5.8	18.9	15.4	8.0
70	14.5	11.4	5.5	15.4	12.9	7.3
75	11.5	9.5	5.1	12.2	10.6	6.5
80	8.9	7.7	4.6	9.4	8.4	5.5
90	4.8	4.6	3.2	4.9	4.6	3.6
100	0.5	0.5	0.4	0.5	0.5	0.4

EV: Esperanza de vida

EVEnf: Esperanza de vida con enfermedad crónica

EVInc: Esperanza de vida con incapacidad para realizar actividades de la vida cotidiana

De acuerdo con estas cifras un hombre a la edad de 60 años tiene una esperanza de vida de 21.4 años, mientras que la de una mujer es de 22.8 años. De ese tiempo que en promedio resta de vida, los hombres van a sufrir 15.3 años con alguna enfermedad crónica y las mujeres 18.0 años. Finalmente los hombres esperan pasar 6.0 años con incapacidad para la realización de actividades básicas de la vida cotidiana, mientras que en las mujeres ese período es de 8.7 años. A los 75 años de edad en los hombres la esperanza de vida es de 11.5 años, con 9.5 bajo alguna enfermedad crónica y 5.1 con incapacidad. Las cifras para las mujeres son de 12.2 años para la esperanza de vida, de 10.6 con

enfermedades crónicas y de 5.5 de incapacidad. Los números del cuadro indican el proceso conforme avanza la edad, para cada sexo.

ADMINISTRACIÓN DE LOS RIESGOS DE LA VEJEZ

La investigación sobre el proceso de envejecimiento es también un proceso. Debe desarrollarse a partir de las nuevas preguntas que surgen, las que llevan a afinar conceptos, construir metodologías, generar nueva información y así llegar a nuevo conocimiento. Dentro de los varios aspectos a cubrir sobresalen dos que ya demandan atención.

Uno es tomar en cuenta la heterogeneidad del país con sus muchas sociedades que conviven dentro de sus fronteras, por tanto se propone el estudio regional del envejecimiento. Solamente teniendo conocimiento de realidades específicas se pueden realizar acciones concretas y con sentido en busca de crear programas y llevar a cabo planes que efectivamente se apliquen en el bienestar de la población mayor y sus entornos familiares y sociales. El otro aspecto es considerar que el conocimiento que se genere tenga aplicaciones reales en el diseño de políticas y en la creación de programas preventivos. Ambas proposiciones parten de reconocer la vulnerabilidad en la vejez y la existencia de riesgos específicos.

Debemos comenzar por no negar la existencia de los riesgos, lo cual requiere que se les considere como tales. El manejo de estos riesgos debe realizarse considerando tres clases de actores.

- En primer lugar están los propios individuos y sus núcleos familiares.
- Otro sector será el sector privado y la acción de las leyes del mercado.
- Un tercer interventor es el Estado.*

Se propone así la administración de los riesgos en tres niveles, dependiendo de qué tanto la contingencia se convierta en perjuicio, así como la severidad que alcance.

1. La primera tarea es identificarlos de manera que se prevengan cuando todavía no se materializan como daño. Lo ideal es que nunca se haga efectiva la posibilidad, o que se retrase lo más posible.

* Hay acciones de carácter esencial que los individuos y las familias no pueden asumir y que si se dejan a las prácticas del mercado, significa abandonarlos al descuido o la inexistencia.

2. En cuanto los riesgos se transformen en siniestro, la acción debe ser mitigar las consecuencias, de tal forma que la pérdida afecte lo menos posible.
3. Un aspecto primordial de la prevención y del cuidado es tomar en cuenta qué pasa cuando el daño adquiere proporciones de catástrofe.

En el caso, por un lado de la vulnerabilidad frente a la salud y por otro de los riesgos que afectan a la seguridad económica, se proponen las guías que se muestran en las matrices de las siguientes figuras.

La figura 2 considera que el manejo de los riesgos de salud en el envejecimiento comienza con los intentos de aminorar la posibilidad de enfermedades e incapacidades. En estos objetivos los hábitos de salud y las formas de vida juegan un papel importante; no es novedad reconocer los beneficios que traen el ejercicio físico, la buena alimentación y el evitar prácticas dañinas como el tabaquismo, el alcohol y la drogadicción. Lo que sí sería novedad es que todo mundo respetara estas indicaciones, en este sentido la participación y la cooperación familiar es un elemento indispensable para construir y apoyar un ambiente de prácticas y estilos saludables.

En el sector privado, particularmente lo que corresponde a los empleadores dedicados a actividades que entrañan algún tipo de riesgo para la salud, se deben mantener programas de prevención y de salud ocupacional. Los grandes medios de comunicación masiva serían vehículos muy eficientes para la transmisión de mensajes y educación con el fin de conservar la salud y el bienestar.

El sector público y de gobierno sigue siendo el rector de las políticas y acciones de salud pública. Es momento de reconocer las necesidades crecientes en cuanto a la protección de la salud y la vejez. Una tarea sería la creación y coordinación de programas de prevención, asimismo, se debe contar con una legislación específica sobre la salud y sus riesgos en la vejez.

El segundo renglón de la matriz en la figura 2 se refiere a las acciones una vez que se ha presentado algún daño a la salud. Llegado el caso, es la persona directamente afectada la que debe actuar en beneficio de sí misma conociendo sus condiciones y teniendo autocuidado. Las enfermedades crónicas requieren vigilancia y control, dentro de lo cual es importante el apoyo que se reciba de la familia y de las redes sociales.

Llegadas las crisis, generalmente hay un proceso de adaptación que comienza por la aceptación del menoscabo severo de la salud y donde la familia es significativa en su función de apoyo. En el mercado falta desarrollar los seguros y prevenciones para estas eventualidades, incluyendo planes de atención a largo plazo. Por parte del sector público, la medicina social y los sub-

Actores	Individual y familiar	Sector privado	Sector público
Niveles			
Reducir riesgos	Hábitos de salud Participación familiar	Oferta de bienes y servicios Prevención en el trabajo Comunicación	Programas de prevención Servicios de salud Legislación
Mitigar efectos	Autocuidados Control Apoyo familiar	Seguros médicos Servicios de atención y de control	Reglamentación y vigilancia
Enfrentar crisis	Aceptación y adaptación Apoyo familiar	Seguros y servicios de atención a largo plazo	Atención y medicina social Subsidios

Figura 2. Manejo de la vulnerabilidad en el envejecimiento frente a la salud

sidios aparecen como la única posibilidad para que sectores empobrecidos reciban atención ante eventos críticos de salud.

En un esquema semejante se pueden visualizar los niveles de riesgo, los tipos de actores y los campos a considerar en busca de enfrentar la vulnerabilidad económica en las edades avanzadas. Como medidas de prevención, para los individuos y las familias, es conveniente tener hábitos de ahorro y acumulación de bienes duraderos, en lo posible mantener actividad y empleo, así como construir relaciones familiares que sean armoniosas y de apoyo mutuo. Para el sector privado hay todo un nuevo campo de producción, mercadotecnia y comercio con bienes y servicios dedicados a este segmento de la población de edades avanzadas. En cuanto a las relaciones entre trabajadores y empleados conviene la capacitación ante los cambios en procesos y métodos de trabajo que considere la adaptación conforme la edad avanza. Todo esto debe estar enmarcado en políticas sociales y económicas de parte del Estado, donde no debe olvidarse a la seguridad social. La solidez jurídica es indispensable, junto con la creación de legislación con visos prácticos.

Cuando fallan los ingresos y surgen los problemas económicos se hace uso de las inversiones logradas y de los bienes que se poseen. Las insuficiencias se cubren con transferencias familiares y es frecuente que las estrategias incluyan reacomodos de domicilio. La banca y los sectores financieros tienen el gran deber –que a su vez es una oportunidad– de administrar el ahorro obligatorio y el voluntario, de manera que sea accesible y con garantías, para lo cual se requiere la reglamentación y vigilancia de parte del Estado. También está la posibilidad de la liquidación de bienes, para lo cual se pueden instru-

mentar mecanismos como el de compra a través de rentas contingentes y vitalicias. En la parte pública se puede pensar en la pensión básica y los subsidios, pero sin descuidar lo que esto signifique para las posibilidades fiscales y la deuda pública.

CONCLUSIONES

Frente al ineludible envejecimiento de la población de México, hay aspectos que merecen atención urgente. El más visible es el de las pensiones de retiro, que presenta un verdadero predicamento para el cual no se ha diseñado aún el esquema que les dé solución. Otro es la atención a la salud frente al cambio en los patrones de enfermedad que vienen con la vejez, en lo cual un problema crucial es el alto costo de las enfermedades crónicas y degenerativas.

Para realmente encontrar soluciones a estas situaciones no se deben dividir los problemas en partes menores, sino tratarlos en su conjunto e interrelaciones. Por ejemplo, el problema de las pensiones no tiene un remedio que sea sólo financiero; está relacionado con condiciones de salud y es particularmente sensible a cuestiones económicas, políticas y sindicales. Por parte de la salud, las respuestas no son sólo médicas, sino que se enlazan con niveles sociales, capacidades económicas y participación de la familia.

En estas condiciones las soluciones no son obvias, requieren participación interdisciplinaria y mucha coordinación, en esquemas que deben considerar explícitamente, por una parte, nuestros propios contextos sociales y

Actores Niveles	Individual y familiar	Sector privado	Sector público
Reducir riesgos	Ahorro y acumulación, trabajo, relaciones familiares y sociales	Oferta de bienes y servicios Capacitación para el trabajo	Políticas económicas y sociales Seguridad social Legislación
Mitigar efectos	Inversiones y bienes Transferencias familiares Acomodos de domicilio	Ahorro obligatorio Ahorro voluntario A anualidades	Reglamentación y vigilancia
Enfrentar crisis	Liquidación de bienes Apoyo y transferencias familiares	Mercado de rentas vitalicias	Pensión básica Subsidios Deuda pública

Figura 3. Manejo de la vulnerabilidad económica en el envejecimiento

culturales, pero por otra, también debemos darnos cuenta de que ahora todo se inserta en medio de una mundialización que determina en mucho los rumbos futuros.

Referencias

1. Camposortega S. Análisis demográfico de la mortalidad en México 1940-1980. México, DF: El Colegio de México, 1992: 355-398.
2. Zavala ME. Cambios de fecundidad en México y políticas de población. México, DF: Fondo de Cultura Económica, 1992: 171-180.
3. Consejo Nacional de Población. México demográfico. Breviario 1979. México, DF: CONAPO, 1979.
4. Cabrera G. Informe sobre los programas y cumplimiento de las metas de la política demográfica. México, DF: CONAPO, 1982.
5. Consejo Nacional de Población. Proyecciones de la población de México y de las entidades federativas: 1980-2000. México, DF: CONAPO, 1985.
6. Soto C. Perspectivas del ramo de pensiones en el IMSS. Ponencia presentada en el Seminario Sobre Envejecimiento Sociodemográfico en México. Sociedad Mexicana de Demografía, México, DF, 1993.
7. Thullen P. Techniques actuarielles de la sécurité sociale. Geneve: Bureau International du Travail, 1974: XI-1 a XI-13.
8. Ham-Chande R. Población económicamente dependiente en edades avanzadas. En: Investigación Demográfica en México, México, DF: CONACYT, 1982.
9. Consejo Nacional de Población. Proyecciones de la Población de México, de las entidades federativas, de los municipios y de las localidades, 1995-2050. México, DF: CONAPO, 2000.
10. Salas JL. Evaluación actuarial a la reforma de la seguridad social. Ponencia presentada en el Taller Sobre las Reformas a la Seguridad Social: Análisis de las posibilidades Económicas y Sociales del Nuevo Sistema de Pensiones. Cuernavaca: SOMEDE, 1998.
11. Valencia A. El valor de los pasivos contingentes. En: CONAPO, Envejecimiento demográfico de México: retos y perspectivas. México, DF: CONAPO, 1999:191-218.
12. Michel JP. When are we old? Trabajo presentado en la International Union for the Scientific Study of the Population. Conference on longer life and healthy ageing. Beijing, China, 22-27 de octubre de 2001.
13. Ybañez E, Torres AL, Vargasa E. Salud y arreglos domiciliarios de los adultos mayores en México, 2001. Ponencia presentada en el Foro sobre Salud en la Frontera Norte. Departamento de Estudios de Población, El Colegio de la Frontera Norte. Tijuana, 7 de noviembre de 2003.

14. Robles L, Orozco I. Social constructions and elderly identity affecting needs and care. Trabajo presentado en la 15 Reunión Anual REVES, Guadalajara, 5-7 de mayo, 2003.
15. Robine JM, Jagger C, Mathers CD, Crimmins EM, Suzman RM. Determining health expectancies. Chisester, West Sussex, England: John Wiley, 2003.
16. Pan American Health Organization. Survey on health and well-being of the elderly in Latin American. Washington, DC: PAHO, 2000.
17. ENASEM 2001. Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento en México. Disponible en: <http://www.ssc.upenn.edu/mhas/español/proyecto.htm>.
18. Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Salud 2000. México, DF: SSA, 2000.

LA RELACIÓN ENTRE SALUD Y NIVEL SOCIOECONÓMICO ENTRE ADULTOS MAYORES: DIFERENCIAS POR GÉNERO

REBECA WONG

INTRODUCCIÓN

La relación entre el nivel socioeconómico y la salud se ha observado como universalmente positiva en países desarrollados. En estudios basados en población, generalmente un mejor nivel socioeconómico se ha encontrado asociado con mejor salud o menor mortalidad. Se tienen múltiples modelos teóricos que ayudan a explicar este resultado y en general varían de acuerdo con la disciplina que presente el argumento;¹ sin embargo, todas las teorías apuntan hacia una relación de tipo positiva. Por otro lado, empíricamente los indicadores que se usen para medir el nivel socioeconómico y la salud pueden conducir a una variedad de resultados en cuanto a la intensidad de la asociación, pero aún así la evidencia indica que la relación es positiva.

Sin embargo, el argumento acerca de la causalidad y la dirección de dicha causalidad entre los dos factores es más complicado. Se argumenta que la causalidad cambia de dirección de acuerdo con la etapa del ciclo de vida de que se trate.¹⁻⁷ Por ejemplo, se esperaría que durante las edades de la niñez y adolescencia temprana, la dirección sea de nivel socioeconómico a salud. Es decir, cuando se forman las “reservas” y los cambios inesperados económicos dominan a los cambios inesperados en salud, un mejor nivel socioeconómico dará como resultado una mejor salud conforme se están cimentando de manera general los niveles de ingreso que se van a percibir durante la vida adulta. A partir de los 40 años o en los 50, para los individuos en edad de trabajar y en sociedades donde el trabajo es la principal fuente de ingreso, como es el caso de México, se esperaría que una mejor salud represente mayor capacidad de trabajo y por lo tanto mayor ingreso. Durante estas edades aparecen nuevos eventos de salud que afectan la acumulación de bienes que se puede lograr

* Investigación apoyada por el National Institute on Aging, grant no.18016, Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México/Mexican Health and Aging Study. Una versión anterior de este artículo fue presentada en la Reunión de REVES (Red Internacional de Investigación sobre Esperanza de Vida Saludable y el Proceso de Discapacidad), 2003, Guadalajara, México. La autora agradece la asistencia de Juan José Díaz y Ching-Yi Shieh del Maryland Population Research Center.

por el resto del ciclo de vida, por lo que mejor salud se traduce en mejor nivel socioeconómico. En edad avanzada, sin embargo, cuando el trabajo deja de ser la mayor fuente de ingreso y en un sistema sin acceso universal a servicios de salud, se esperaría que la dirección del efecto causal fuera de nivel socioeconómico a salud y sobre todo a la funcionalidad o mortalidad, puesto que las personas con posibilidades de financiar la atención a la salud podrán gozar de un mejor nivel de funcionalidad y extender el número de años de vida, aun cuando se tengan enfermedades o discapacidades. En resumen, la dirección e intensidad de la relación entre salud y nivel socioeconómico es variante. Aunque tradicionalmente se ha discutido más la manera en que un menor nivel socioeconómico produce peor salud, la importancia del efecto que el nivel de salud puede tener sobre el nivel socioeconómico no puede ser ignorada.

La relación entre nivel socioeconómico y salud se atribuye al acceso a servicios de salud, al impacto que los gastos médicos pudieran tener en la capacidad de ahorro, a factores biológicos/genéticos y de comportamiento humano que influyen en la productividad en el trabajo, a las preferencias hacia la acumulación de bienes, y a la exposición a riesgos de salud. ¿Qué se esperaría de la relación salud-nivel socioeconómico en diferentes contextos? Bajo esta serie de argumentos teóricos, el nivel de desigualdad en el acceso a recursos entre la población afectará la naturaleza de la relación observada. El mecanismo por ejemplo podría ser el sistema de salud existente, ya que la desigualdad en el acceso a los servicios de salud determinará en gran medida si es necesario tener mayores recursos económicos para poder alcanzar mejor salud.

También se esperaría que la relación entre salud y nivel socioeconómico presente diferentes patrones para hombres que para mujeres, principalmente porque las mujeres tienden a participar en el mercado de trabajo formal menos que los hombres, de tal forma que su salud no necesariamente afecta la capacidad de ser productiva en el mercado laboral tanto como a los hombres, y por lo tanto no disminuye el nivel socioeconómico hacia el final del ciclo de vida, cuando tiende a empeorar la salud. También es posible que las mujeres hayan recibido menor inversión en su salud que los hombres, en el sentido de que los padres hayan percibido durante la niñez, que la inversión entre los dos géneros fueran menos redituables para las mujeres que para los hombres, por lo que hacia el final del ciclo de vida la relación entre nivel socioeconómico y salud no sea tan fuerte para las mujeres como para los hombres. Asimismo, las inversiones del hogar en cuanto a la salud de una mujer adulta pueden ser tales que respondan más a los costos relativos de la atención a la salud, y menos a la necesidad de estar saludable para ser productivo en el mercado laboral. En el papel productor de la mujer, principalmente en la economía familiar, es posible que la red familiar extensa se encuentre asociada con su salud en mayor medida que los recursos económicos del núcleo familiar.⁸ En-

tonces, en resumen, se esperaría que la relación entre nivel socioeconómico y salud sea más débil para las mujeres que para los hombres.

En este trabajo se tiene un propósito modesto. Se examina la relación nivel socioeconómico-salud sin ahondar en la relación de causalidad. Se busca comparar los resultados obtenidos para México con los reportados en estudios previos sobre todo para países desarrollados, y verificar la relación positiva que se ha encontrado en otros países entre la población de edad media y avanzada, haciendo énfasis en las diferencias por género. El trabajo busca documentar la naturaleza de la relación usando datos sobre una muestra nacional de personas de 50 años o más de edad en México.

El artículo está organizado de la siguiente manera: se presenta evidencia cross-nacional reciente de tres países incluyendo México, acerca de la asociación entre nivel socioeconómico y salud auto-reportada, con el fin de ilustrar la universalidad de la relación. De ahí en adelante se enfoca a México, y se presentan resultados de la asociación salud-nivel socioeconómico usando una variedad de indicadores para ambos factores. Enseguida se retoma el indicador inicial de auto-reporte de salud, se replica el análisis por sexo, y se hace un análisis multivariado para concluir sobre la relación entre salud-nivel socioeconómico, controlando por factores covariantes principales. Se concluye con una discusión de los resultados encontrados, y con recomendaciones para trabajos de investigación futura.

LA EVIDENCIA CROS-NACIONAL

Sin importar el contexto y los indicadores que se utilicen, la asociación entre salud y nivel socioeconómico se ha encontrado como positiva. En particular para población en edad media y avanzada, la evidencia de países desarrollados confirma esta relación.^{1,2} Aquí se presenta el valor medio de los bienes de la población de acuerdo con el nivel de salud auto-reportado por la población de edades entre 51 y 65 años en México, Estados Unidos y Holanda. Estos resultados usan datos de corte transversal, aunque también se encuentran resultados con datos longitudinales en la literatura sobre países desarrollados. El nivel de salud corresponde a la respuesta obtenida para la pregunta "¿cómo considera su salud actual?" en encuestas realizadas en muestras nacionales. Los datos para México se obtuvieron a partir de la Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento en México (ENASEM) 2001,* mientras que para Estados Unidos y Holanda las cifras se calcularon a partir del resumen presentado por Hurd y Kapteyn.¹ Para Estados Unidos, los datos usados son de cinco paneles bi-anales de 1992 a

*Disponible en: www.pop.upenn.edu/mhas.

2000 del Health and Retirement Study (HRS) y los de Holanda provienen de dos bases de datos: paneles anuales 1994 a 1997 del Dutch Socioeconomic Panel (SEP) y paneles anuales 1993 y 1995 a 1998 del Dutch Center Savings Survey (CSS). Se seleccionaron las edades de 51 a 65 años para hacer comparables los datos de los tres países. Las categorías establecidas en el auto-reporte de salud son cinco: Excelente, Muy Buena, Buena, Regular, Mala.

Se adoptaron definiciones y poblaciones de estudio similares para los tres países. Con el fin de poder comparar el valor neto de los bienes acumulados a través de países con niveles de vida y tasas de cambio tan diversos, se calculó la razón del valor de los bienes totales considerando el valor promedio del grupo que reportó salud "buena" como referencia. El cuadro I muestra en primer lugar que la relación es positiva; mejor salud está asociada con mayor valor de bienes netos acumulados en los tres países. En segundo, la dispersión del nivel promedio de bienes es mayor entre los que declaran tener buena salud que entre los que declaran tener mala salud (figura 1). Y en tercero, esta dispersión es mayor para México en comparación con Estados Unidos, y la de estos dos países es mayor al compararse con Holanda.

Resulta interesante poder incluir a México en el cuadro que compara a Estados Unidos con Holanda, y encontrar que la relación previamente reportada para países desarrollados se confirma también para México. La dispersión mayor entre los que declaran tener buena salud ha sido interpretada en la literatura como resultado de la desigualdad social y económica entre las sociedades. En este sentido, esta desigualdad parece mayor entre los que se encuentran en la parte alta de la distribución del estado socioeconómico. Hurd y Kapteyn¹ reportan la evidencia para Estados Unidos y Holanda, y hacen notar que la dispersión mayor en Estados Unidos que en Holanda se debe a diferencias en la desigualdad entre los dos países, pues existe mayor desigualdad de acceso a servicios médicos en Estados Unidos que en Holanda. Esta interpretación es consistente con que la aún mayor dispersión para México que para Estados Unidos se puede deber a un acceso todavía más restringido a servicios de salud entre la población mexicana que la estadounidense.*

* Para México, de acuerdo con cifras de finales de los 90, solamente la mitad de la población de 60 años o más de edad, tiene derecho a recibir atención médica en una institución pública o privada, y se estima que aproximadamente 40% de este segmento de la población no tiene acceso a ningún tipo de atención médica. Por otro lado, solamente 30% de los hombres y 15% de las mujeres de 60 años o más de edad, reciben una pensión por jubilación en México.^{9,10} Por otro lado, para Estados Unidos hay una proporción mucho más alta de la población que tiene acceso a servicios, pero además se reportan "gastos de bolsillo" altos entre ciertos sectores de la población. En Holanda existe un sistema de acceso universal a servicios de atención a la salud. Además en este país se cuenta con programas para proteger interrupciones del ingreso en caso de problemas de salud.¹

Cuadro I
Bienes promedio a través de salud auto-reportada, 51 a 65 años de edad

Razón: Salud buena=100

Salud auto-reportada	ENASEM México	HRS EUA	CSS Holanda	SEP Holanda
Excelente	319	175	134	126
Muy buena	191	150	110	122
Buena	100	100	100	100
Regular	71	68	83	83
Mala	60	36	53	60

Notas:

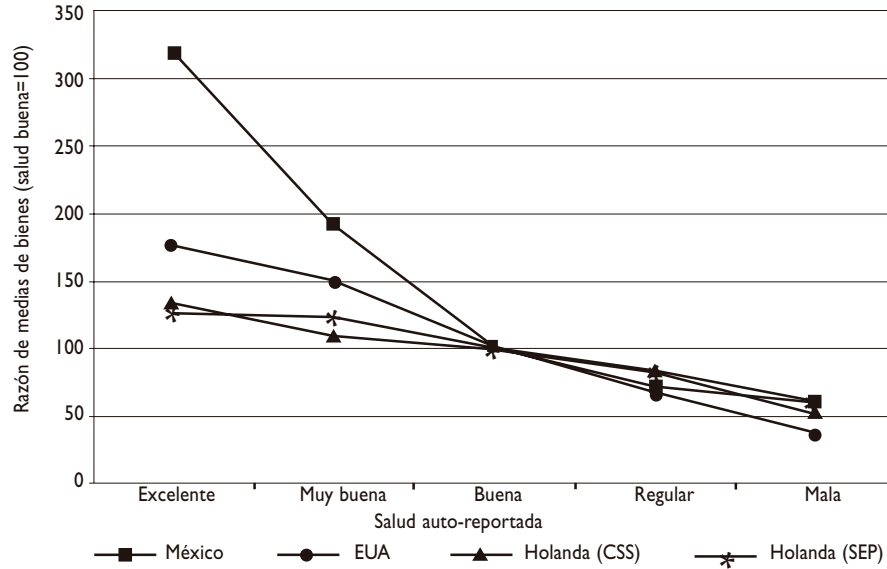
Cálculos propios con base en el ENASEM (Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México, 2001). Estadísticas ponderadas.

La fuente para los datos de HRS (Health and Retirement Study), CSS (Dutch Center Savings Survey) y SEP (Dutch Socioeconomic Panel), es adaptación basada en Hurd y Kapteyn.¹

Una vez que se ha confirmado la relación positiva entre salud y nivel socioeconómico para la población en México, procedemos a analizar algunos patrones de dicha asociación, de tal forma que se pueda profundizar en el estudio de esta relación con datos disponibles para México. Se usan datos de la encuesta inicial (2001) del Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México (ENASEM), un estudio prospectivo de panel sobre personas de 50 o más años de edad financiado por el National Institute on Aging/ National Institutes of Health de Estados Unidos.* El estudio fue realizado en México en colaboración con el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), e incluye entrevistas a personas de 50 años y más de edad y sus cónyuges, sin importar la edad de estos últimos. Se llevaron a cabo entrevistas directas o a través de un sustituto con 9 806 personas seleccionadas, con una tasa de respuesta de 89.15%. De los 5 583 cónyuges elegibles para entrevista, ésta se obtuvo con 5 424 implicando una tasa de respuesta condicionada de 97.15%. En total se entrevistaron 15 230 personas lo que dio una tasa global de respuesta de 91.85%. El trabajo de campo estuvo a cargo de personal especializado y con experiencia del INEGI. El seguimiento en 2003 re-contactó exitosamente a más de 90% de los entrevistados en 2001.

El contenido de la entrevista incluyó:

* Para mayores detalles acerca de la encuesta, consultar la página de internet del estudio: www.pop.upenn.edu/mhas. En esta fuente se encuentra la descripción y documentación del estudio y se proporciona acceso a las bases de datos.



Notas:

Cálculos propios con base en el ENASEM (Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México, 2001). Estadísticas ponderadas.

La fuente para los datos de HRS (Health and Retirement Study), CSS (Dutch Center Savings Survey) y SEP (Dutch Socioeconomic Panel), es adaptación basada en Hurd y Kapteyn.¹

Figura 1. Bienes promedio a través de salud auto-reportada y país. Edades 51 a 65 años

- Medidas de salud: auto-reportes de condiciones, síntomas, estado funcional, comportamientos de salud (por ejemplo historia de tabaquismo y consumo de alcohol), uso/proveedor/gastos de servicios de salud, depresión, dolor, y desempeño de lectura y cognoscitivo.
- Antecedentes: salud y condiciones de vida en la niñez, educación, alfabetismo, historia migratoria, historia marital.
- Familia: listados de todos los hijos (incluyendo los ya fallecidos); para cada uno, sus atributos demográficos, indicadores resumen de salud actual y en la niñez, educación, actividad económica actual, migración. Experiencias migratorias de los padres y hermanos.
- Transferencias: ayuda financiera y de tiempo proporcionada a, y recibida por el informante de sus hijos, indexado a cada hijo; ayuda financiera y de tiempo a los padres.
- Datos económicos: fuentes y cantidades de ingreso individual incluyendo salarios, pensiones, y ayudas del gobierno; tipo y valor de bienes.

Se usaron preguntas de rescate para reducir la no-respuesta en todas las variables sobre cantidades.

- Ambiente de la vivienda: tipo, ubicación, materiales de construcción, otros indicadores de calidad de la vivienda, y disponibilidad de bienes de consumo duradero.
- Antropométricas: en aproximadamente 20% de la muestra se midieron peso, estatura, circunferencia de cintura, cadera, y pantorrilla, altura de la rodilla, y balance sobre una pierna.

Para propósitos de este trabajo, se usaron las entrevistas con personas (seleccionadas o cónyuges) de 50 años o más de edad, y usamos solamente las entrevistas directas, excluyendo las que se realizaron por informante sustituto. A menos que se aclare lo contrario, las estadísticas presentadas fueron ponderadas por los factores de expansión para representar al total de la población mexicana de 50 años o más de edad.

EL AUTO-REPORTE DE SALUD COMO INDICADOR DE SALUD A NIVEL POBLACIONAL

Aun cuando la relación entre salud y nivel socioeconómico parece positiva, la asociación puede cambiar dependiendo del indicador que se utilice. En esta sección se examina para México el indicador de salud que se usó para la comparación cros-nacional: el auto-reporte de salud.* Este indicador se usa de manera generalizada en la literatura sobre salud de adultos mayores debido a varias razones: a) se ha encontrado que está fuertemente asociado con morbilidad y estado físico del individuo; b) suele predecir mortalidad; y c) es relativamente fácil de medir en encuestas realizadas en hogares (véase los estudios de Power y colaboradores,^{11, 12} así como las referencias mencionadas en el mismo). Sin embargo, este indicador presenta la desventaja de que el individuo al que se refiere debe responder directamente la pregunta; no puede reportarlo otro informante del hogar.

Enseguida analizamos la relación del auto-reporte de salud con los siguientes indicadores alternativos:

- auto-reporte de alguna enfermedad crónica mayor. Se refiere al auto-reporte de “alguna vez haberle dicho a un doctor o personal médico”

* Se consideran las categorías de salud auto-reportada: Excelente o Muy Buena (estas dos se toman juntas debido a la baja prevalencia de casos con Excelente), Buena, Regular, y Mala.

que tenía al menos una de las siguientes cuatro condiciones o problemas de salud: enfermedad del corazón, cáncer, enfermedad pulmonar, o embolia cerebral.

- de discapacidad en alguna de las actividades de la vida diaria. Se refiere al auto-reporte de tener dificultad con alguna de las siguientes actividades: caminar en un cuarto, bañarse, comer, meterse y salirse de la cama, y usar el excusado.
- de discapacidad en alguna actividad instrumental de la vida diaria. Se refiere al auto-reporte de tener dificultad con alguna de las siguientes actividades: preparar una comida caliente, ir de compras, tomar medicamentos, manejar su dinero.
- de diabetes
- de obesidad. Se refiere a tener masa corporal mayor que 30 para hombres y mayor que 29 para mujeres.

El cuadro II muestra que los indicadores usados para medir estado de salud en general se encuentran asociados con el auto-reporte de salud. Un mayor porcentaje de personas con alguna de las enfermedades crónicas de las cuatro seleccionadas se encuentra asociado con peor auto-reporte de salud (figura 2). Este mismo patrón se encuentra con la presencia de alguna discapacidad y diabetes, por lo que se concluye que con cualquiera de estos indicadores se encontraría una asociación positiva entre nivel socioeconómico y salud. Hay dos excepciones que ameritan una elaboración más detallada: el patrón de la relación no es tan directa con obesidad y diabetes. Encontramos que el porcentaje de casos con obesidad aumenta ligeramente conforme empeora la calificación en el auto-reporte de salud, y de hecho disminuye hacia la parte baja de la distribución de salud. Específicamente, entre quienes respondieron salud excelente o muy buena, 11% de los casos presentan obesidad, 13% entre los que reportan salud buena, 16% entre los que reportan salud regular, y 13% entre los que reportan salud mala. La población que se reporta en buena, regular, o mala salud presenta aproximadamente el mismo porcentaje de obesidad; esto parece indicar que la obesidad no parece discriminar el auto-reporte de salud en la parte mala de la escala de salud. Por otro lado, el caso de la diabetes muestra que en la parte buena de la distribución de salud, esta enfermedad no parece discriminar entre los que reportan excelente y muy buena, o buena salud.

Teniendo en cuenta las excepciones encontradas en cuanto a la manera en que el auto-reporte de salud parece medir morbilidad o condiciones de salud para la población de edad media y avanzada en México, procedemos a usar dicho indicador para relacionarlo ahora con una variedad de indicadores del nivel socioeconómico en México.

Cuadro II
Prevalencia media de condiciones de salud a través de salud auto-reportada

Salud auto-reportada	Algún problema crónico ^a %	Algún problema AVD ^b %	Algún problema AIVD ^c %	Obesidad ^d %	Diabetes %
Excelente y muy buena	4.7	0.9	5.5	11.3	9.6
Buena	3.9	1.8	9.3	13.4	7.9
Regular	13.0	6.6	14.2	16.1	17.7
Mala	23.6	23.1	30.1	13.6	26.3

RAZON considerando la proporción en la categoría de salud auto-reportada "regular" como base 100

Excelente y muy buena	36	14	39	70	54
Buena	30	27	66	83	44
Regular	100	100	100	100	100
Mala	181	351	213	84	148

Nota: Estadísticas ponderadas usando el Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México, 2001.

^a Se refiere a cualquiera de los siguientes cuatro problemas de salud: cáncer, enfermedad pulmonar, ataque al corazón, embolia cerebral.

^b Se refiere a cualquiera de las siguientes cinco actividades de la vida diaria: dificultad para caminar, bañarse, comer, levantarse y acostarse en la cama o usar el sanitario.

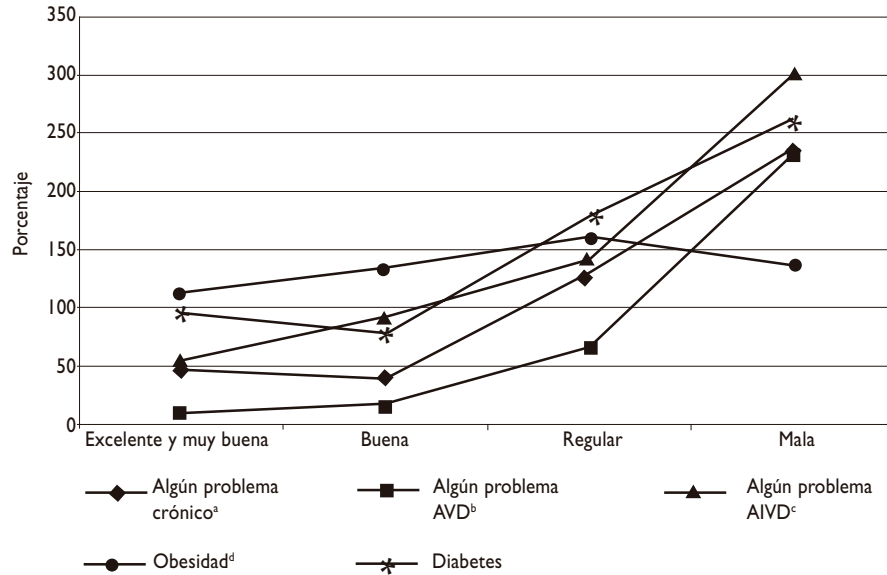
^c Se refiere a cualquiera de las siguientes cuatro actividades instrumentales de la vida diaria: dificultades para preparar alimentos calientes, hacer compras, tomar medicinas o manejar dinero.

^d Índice de masa corporal igual o mayor a 30 para hombres, igual o mayor a 29 para mujeres.

VARIEDAD DE INDICADORES DEL NIVEL SOCIOECONÓMICO PARA MÉXICO

La encuesta ENASEM 2001 también permite examinar una variedad de indicadores para medir el nivel socioeconómico. Examinamos el auto-reporte de salud y su relación con algunos de ellos:

- ingreso mensual (medido por persona; esto se calculó como el ingreso total individual si el individuo no es casado o unido, y como el ingreso total mensual del cónyuge/pareja más el propio, dividido entre dos, si el individuo es casado o unido).
- valor neto de los bienes (medido individualmente si el sujeto no es casado o unido; y como el valor neto de los bienes del cónyuge/pareja más los propios, dividido entre dos, si el individuo es casado o unido).¹³
- consumo familiar (medido como el gasto total mensual reportado para el hogar, ajustado por el número de miembros del hogar como adulto-equivalentes).



^a Se refiere a cualquiera de los siguientes cuatro problemas de salud: cáncer, enfermedad pulmonar, ataque al corazón, embolia cerebral.

^b Se refiere a cualquiera de las siguientes cinco actividades de la vida diaria: dificultad para caminar, bañarse, comer, levantarse y acostarse en la cama o usar el sanitario.

^c Se refiere a cualquiera de las siguientes cuatro actividades instrumentales de la vida diaria: dificultades para preparar alimentos calientes, hacer compras, tomar medicinas o manejar dinero.

^d Índice de masa corporal igual o mayor a 30 para hombres, igual o mayor a 29 para mujeres.

Figura 2. Prevalencia media de condiciones por salud auto-reportada

- bienes de consumo duradero en el hogar (medido como el número que tiene de entre los siguientes seis: teléfono, televisión, radio, calentador de agua, lavadora de ropa, y refrigerador).
- condiciones de la vivienda (buenas condiciones se refiere a tener agua entubada, excusado, y usar algún combustible para cocinar que no sea madera o carbón).

Como ya se ha mencionado, para los propósitos de este artículo, se usa un indicador de ingreso y bienes a nivel persona, construido al tomar el valor total del individuo para los casos en que la persona es no-unida (ya sea soltera, divorciada, separada, o viuda). Para las personas que son casadas/unidas, se toma el total conjunto con la información de los dos cónyuges y se divide entre dos. Esta convención se adoptó puesto que el ingreso no-laboral (de bienes raíces y de bienes de capital) y el valor de la mayoría de los bienes se capturaron a nivel pareja en los casos en que existe una, y en la práctica es difícil

asignar propiedad solamente a uno de los dos miembros de la pareja cuando se trata de bienes conjuntos. En resumen, para ingreso y para activos o bienes, se usa un indicador donde los dos individuos de una pareja tienen el mismo valor personal de ingreso y de bienes. Con esta convención se hace el supuesto implícito de que el ingreso total y los activos de los dos individuos en una pareja que vive en la misma residencia son compartidos. Esto es consistente con estudios donde se cuantifica el ingreso de todos los miembros del hogar para clasificar al hogar (e implícitamente a todos sus miembros) en una escala de bienestar económico o de pobreza.

El cuadro III muestra la relación del auto-reporte de salud con tres indicadores económicos: ser dueño de su vivienda, condiciones de la vivienda, y bienes de consumo duradero (figura 3). Se observa que ser dueño de la vivienda no está asociado con el auto-reporte de salud; sin importar el valor para salud, la proporción de la población que declara ser dueña de su vivienda es alrededor de 60-65%. Pero por otro lado, los servicios en la vivienda y los bienes de consumo duradero sí se encuentran asociados con el nivel de salud reportado. Mejores condiciones de vivienda o mayor número de bienes de consumo duradero están relacionados con mejor auto-reporte de salud. El contar con servicios en la vivienda presenta mayor dispersión que el número de bienes de consumo duradero, a lo largo de la escala de salud. Nuevamente se puede interpretar este resultado como que la desigualdad en la distribución

Cuadro III
Condiciones de la vivienda a través de salud auto-reportada

Salud auto-reportada	Casa propia ^a %	Calidad de la vivienda ^b %	Número de bienes durables ^c %
Excelente y muy buena	62.6	80.4	5.0
Buena	65.6	63.5	4.3
Regular	65.6	56.2	4.0
Mala	64.7	43.9	3.5

RAZON considerando el valor en la categoría de salud auto-reportada "regular" como base 100

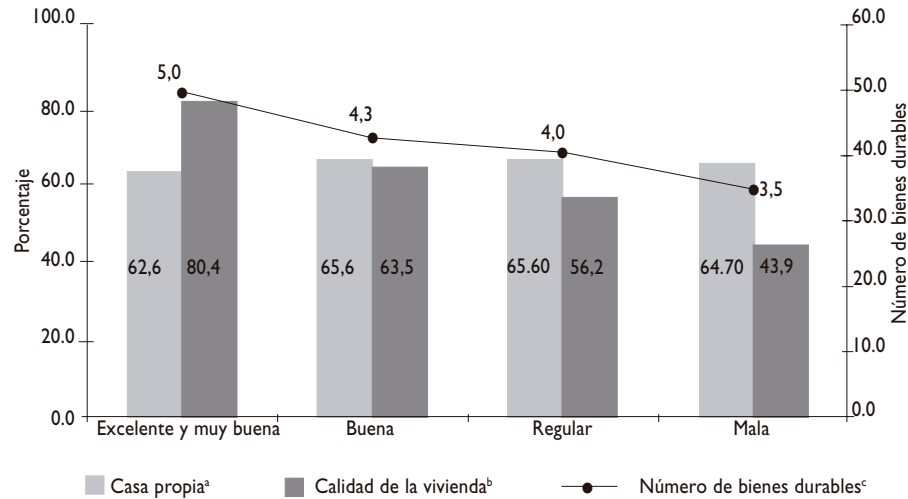
Excelente y muy buena	95	143	123
Buena	100	113	106
Regular	100	100	100
Mala	99	78	87

Nota: Estadísticas ponderadas usando ENASEM 2001, México.

^a Se refiere al porcentaje que declara que la persona o su cónyuge son propietarios de su vivienda.

^b Se refiere al porcentaje de viviendas que poseen conexión de agua por tubería, sanitario con agua corriente, y uso de gas o electricidad para cocinar.

^c Incluye teléfono, televisor, radio, calentador de agua, lavadora o refrigerador. Se reportan las medias.



^a Se refiere al porcentaje que declara que la persona o su cónyuge son propietarios de su vivienda.

^b Se refiere al porcentaje de viviendas que poseen conexión de agua por tubería, sanitario con agua corriente, y uso de gas o electricidad para cocinar.

^c Incluye teléfono, televisor, radio, calentador de agua, lavadora o refrigerador. Se reportan las medias.

Figura 3. Condiciones de la vivienda por salud auto-reportada

de servicios en la vivienda es mayor que la observada para el número de los bienes de consumo duradero.

Para los indicadores de ingreso, consumo, y valor neto de los bienes, presentados en el cuadro IV, se encuentra que mejor salud está asociada con mejor nivel económico; sin embargo, la dispersión puede ser indicativa de diferencias en los patrones de desigualdad en la población. Puesto que los indicadores se encuentran medidos en diferentes escalas, la dispersión a lo largo de las categorías de salud es difícil de comparar. Por esto se presenta la razón de los valores considerando como 100 al valor reportado por aquellos que auto-reportan su salud como “regular.” Con este análisis se observa que tanto el ingreso como el consumo mensual presentan dispersiones mayores que la dispersión en el valor neto de los bienes acumulados. Este resultado puede ser indicativo de una mayor desigualdad existente entre la población de edad media y avanzada en cuanto al nivel de ingreso y consumo que en cuanto al nivel de bienes* (figura 4). Además se observa en la misma figura

* El resultado de mayor desigualdad en la distribución del ingreso que de los bienes acumulados entre la población de edad media y avanzada en México es reportado también por Wong y Espinoza¹¹ en un análisis más detallado de estos dos indicadores económicos.

Cuadro IV
Ingreso, consumo y activos promedio a través de salud auto-reportada

Salud auto-reportada	Ingreso ^a	Consumo ^b	Activos ^c
Excelente y muy buena	\$7 239	\$2 903	\$456 113
Buena	\$4 523	\$1 714	\$219 079
Regular	\$2 286	\$929	\$175 323
Mala	\$932	\$524	\$142 816

RAZON considerando el valor de la categoría de salud auto-reportada "regular" como base 100

Excelente y muy buena	317	312	260
Buena	198	184	125
Regular	100	100	100
Mala	41	56	81

Nota: Estadísticas ponderadas usando ENASEM 2001, México.

^a Ingreso se refiere al ingreso total mensual por persona. Se calculó como el ingreso total si la persona no es casada/unida; como el ingreso total del cónyuge/pareja más el propio, dividido entre dos, si es casada/unida.

^b Consumo se considera el nivel de gasto total mensual reportado para el hogar.

^c Activos se refiere al valor neto de los bienes individuales si el individuo no es casado/unido; al valor neto de los bienes del cónyuge/pareja más los propios, dividido entre dos, si el individuo es casado/unido.

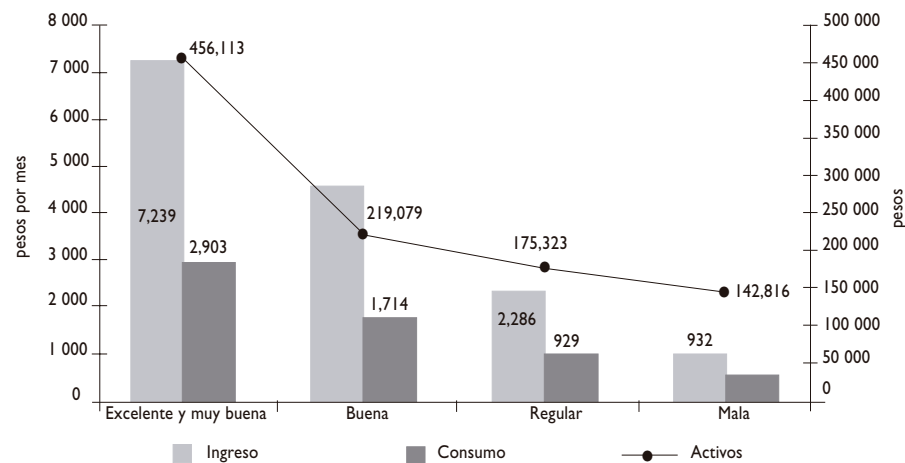


Figura 4. Ingreso, consumo y activos promedio por salud auto-reportada

que la relación entre salud y nivel económico es no-lineal, con una pendiente más inclinada en la parte de “buena” o mejor salud que en la parte de “regular” o “mala.”

LA RELACIÓN MULTIVARIADA ENTRE SALUD Y NIVEL SOCIOECONÓMICO

Se examinan los resultados de un análisis multivariado a través de una regresión probit considerando al nivel de salud como variable dependiente, el valor neto de los bienes acumulados como la variable explicativa de interés y otros factores sociodemográficos como factores de control. Se incluyen edad, sexo, estado civil, educación, y tamaño del área de residencia urbana/rural. También se examina el efecto del nivel de ingreso independiente del nivel de activos, debido a la diferencia conceptual de estas dos variables económicas, y el efecto independiente que ambos aspectos puedan tener sobre la salud, en la edad media y avanzada.

La variable dependiente toma el valor 1 si la respuesta a la auto-evaluación de salud es Buena, Muy Buena, o Excelente; y el valor 0 si la salud es Regular o Mala. Por otro lado, el valor neto de los bienes y el ingreso se presentan codificadas como tres variables categóricas que toman valor 1 ó 0 dependiendo de si el nivel es bajo, medio, o alto.* Esta convención ayuda a captar, y visualizar fácilmente la relación no-lineal entre el nivel económico y la salud.

El cuadro V muestra los efectos marginales de las variables explicativas sobre la probabilidad de tener buena o mejor salud. Se observa que controlando por nivel de ingreso, edad, sexo, estado civil, educación y tamaño del área de residencia, un nivel alto de bienes se encuentra asociado con una mayor probabilidad de reportarse en buena salud. Resulta importante señalar que los resultados confirman que la asociación entre bienes y salud es no-lineal. Es decir, la relación varía a lo largo de la escala socioeconómica. El nivel de bienes acumulados es significativo sobre la probabilidad de tener buena o mejor salud solamente para los que tienen alto nivel de bienes acumulados, siendo no-significativo para los que reportan nivel mediano de bienes. Por otro lado, el efecto positivo del ingreso es significativo para los que tienen medio y alto ingreso, pero los resultados indican que la asociación entre ingreso y salud es mayor para los de alto ingreso.

Controlando por otros factores covariantes, los individuos que tienen nivel bajo y los que tienen nivel medio de activos tienen probabilidad de reportarse en buena o mejor salud que parecen estadísticamente iguales. Por

* Valor bajo de bienes acumulados o ingreso se refiere a estar en el tercil inferior; medio al segundo tercil; y alto al tercil superior de la distribución respectiva.

Cuadro V
Efectos marginales para salud auto-reportada, edad 50 años o más
Variable dependiente: reporta buena o mejor salud

Variables	Efecto marginal ^b
Activos (referencia: activos bajos) ^a	
Activos medios	0.003
Activos altos	0.053 [‡]
Ingreso (referencia: ingreso bajo) ^a	
Ingreso medio	0.034 [‡]
Ingreso alto	0.075 [‡]
Edad 60 años o más (referencia: 50-59)	-0.063 [‡]
Estado civil (referencia: hombre casado)	
Hombre soltero	0.049*
Hombre viudo	-0.011
Mujer casada	-0.118 [‡]
Mujer soltera	-0.097 [‡]
Mujer viuda	-0.132 [‡]
Educación formal (referencia: 0 años)	
1-5 años de educación	-0.01
6 años de educación	0.053 [‡]
7 o más años de educación	0.223 [‡]
Residencia en área con 100 000 o más habitantes	0.020*
N	12 422
Proporción observada	0.368
Proporción estimada (en la media)	0.361
Pseudo R-cuadrado	0.065

[‡] p<=.001, [§]p<=.01, *p<=.05. + p<.10

^a Definición de activos: la categoría de activos altos incluye individuos con activos por encima del percentil 66 de la población. La categoría de activos bajos considera a los individuos cuyos activos están por debajo del percentil 33 en la población. La categoría de activos medios considera a los individuos con activos por encima del percentil 33 y por debajo del percentil 66 en la población. La definición es similar para las categorías de ingreso.

^b También se probó un modelo similar, excluyendo las variables para ingreso, y los resultados son similares.

Fuente: Cálculos del autor con base en información del Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México 2001

otro lado, el tener nivel alto de bienes, está asociado con un incremento en la probabilidad de reportarse en buena salud, de .05 por encima de la probabilidad para los que tienen nivel bajo de bienes. La relación estimada entre ingreso y salud parece más fuerte que la encontrada para los activos o bienes (el incremento marginal para los que tienen alto ingreso es de .075). Esto parecería indicar que la salud auto-reportada responde en mayor medida al nivel de

ingreso que al de bienes. La relación de la salud con bienes no es tan generalizada como lo es con ingreso, puesto que mayores activos se asocian con mejor salud solamente para los individuos del tercil más alto de la distribución de bienes.

Al revisar brevemente los efectos encontrados para las variables de control que se incluyeron en el modelo multivariado se tiene que todas las variables presentan asociaciones con el nivel de salud en la dirección esperada. Controlando por las otras variables incluidas en el modelo, los individuos de mayor edad reportan peor salud que las personas más jóvenes; las mujeres reportan peor salud que los hombres, en particular las mujeres viudas; y los residentes de áreas con 100 000 o más habitantes reportan mejor salud que los de áreas más chicas. Los individuos con mayor nivel educativo reportan mejor salud, de tal forma por ejemplo que las personas con 7 o más años de educación tienen en promedio una probabilidad estimada de reportar buena o mejor salud que es mayor por .22 que la probabilidad para las personas que tienen 0 años de educación formal.

LA RELACIÓN ENTRE SALUD Y NIVEL SOCIOECONÓMICO CON UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO

A continuación se presentan las condiciones de salud y socioeconómicas que se han discutido, diferenciadas por género. El cuadro VI muestra resultados consistentes con los presentados en varios estudios previos para México.⁸ Hay una proporción mayor de mujeres que de hombres entre el grupo de edad media y avanzada (54% de las personas con 50 años o más son mujeres y 46% son hombres); la mayoría de los hombres (81%) son casados o unidos, en comparación con sólo un poco más de la mitad de las mujeres (58%). En contraste, la cuarta parte de las mujeres son viudas (25%), y sólo 10% de los hombres lo son. Si se agrupa a las mujeres solteras, divorciadas o separadas de 50 años o más de edad, se encuentra que 42% viven fuera de una unión, en contraste con 19% de los hombres de las mismas edades.

Los hombres reportan ligeramente mayor educación que las mujeres; 33% de ellas reporta no tener educación formal comparada con 27% de los hombres, y 21% de los hombres reportan 7 o más años de educación en contraste con 17% de las mujeres. Como se esperaba, una tercera parte de las mujeres trabajaron a lo más un año de su vida en el mercado laboral, comparado con solamente 1% de los hombres. Casi dos-terceras partes de los hombres (57%) han trabajado 40 años o más de su vida, contra menos de 10% de las mujeres. Ambos géneros muestran propensión similar a vivir en áreas con 100 000 o más habitantes (49% de las mujeres y 46% de los hombres). Una fracción ligeramente mayor de mujeres que de hombres reporta tener derecho a

Cuadro VI
Estadísticas descriptivas para principales variables, población de 50 años y más

Variables	Hombres (45.8%)	Mujeres (54.2%)	Total (100%)
Edad			
50-59	44.3%	48.5%	46.6%
60 o más	55.7%	51.6%	53.5%
Estado civil			
Casado o en unión libre	80.7%	57.5%	68.2%
Divorciado, separado o nunca casado	9.4%	17.2%	13.6%
Viudo	9.9%	25.2%	18.2%
Educación formal			
0 años	26.7%	32.7%	29.9%
1-5 años	35.1%	34.9%	35.0%
6 años	17.1%	15.2%	16.1%
7 o más años	17.1%	15.2%	16.1%
Número de hijos nacidos vivos			
0-3	29.0%	26.4%	27.6%
4-10	58.4%	60.8%	59.7%
11 o más	12.5%	12.8%	12.7%
Tipo de hogar de residencia actual			
Nuclear	59.8%	50.0%	54.6%
Extendido	32.9%	40.5%	37.0%
Unipersonal	7.2%	9.5%	8.4%
Número de adultos (edad 15+) en el hogar			
1-2 adultos	33.7%	38.5%	36.3%
3 o más adultos	66.3%	61.5%	63.7%
Años en la fuerza laboral			
Nunca trabajó o trabajó menos de 1 año	1.1%	36.2%	21.1%
1-40 años	40.3%	53.2%	47.3%
Más de 40 años	56.6%	9.4%	31.1%
Residencia en área con 100 000 o más habitantes			
Tiene derecho a servicio médico	45.6%	49.1%	47.5%
	51.9%	56.4%	54.3%
Auto-reporte de salud			
Excelente	1.9%	1.2%	1.5%
Muy buena	5.4%	2.6%	3.9%
Buena	34.5%	27.1%	30.5%
Regular	43.0%	51.8%	47.8%
Mala	15.3%	17.3%	16.3%

Continúa

Continuación

Tiene alguna condición crónica de salud ^a	10.8%	12.3%	11.6%
Tiene diabetes	13.7%	17.0%	15.5%
Obesidad ^b	12.3%	17.2%	14.9%
Algún problema con AVD ^c	12.3%	17.2%	14.9%
Algún problema con AIVD ^c	6.2%	8.0%	7.2%
Número de bienes durables ^e	18.5%	11.0%	14.5%
0-1	11.6%	11.7%	11.7%
2-3	25.6%	23.0%	24.3%
4-5	30.3%	30.8%	30.6%
6	32.3%	34.4%	33.5%
Tiene vivienda propia	66.7%	64.1%	65.3%
Vivienda en buenas condiciones ^f	55.8%	59.4%	57.7%
Ingreso personal (mediana) mensual ^g	\$1 367	\$1 135	\$1 217
Activos personal (mediana) ^h	\$100 000	\$103 139	\$100 905
Consumo del hogar (mediana) mensual ⁱ	\$494	\$424	\$450

Fuente: Cálculos propios con base en el Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México 2001. Datos ponderados.

^a Se refiere a cualquiera de los siguientes cuatro problemas de salud: cáncer, enfermedad pulmonar, ataque al corazón, embolia cerebral.

^b Índice de masa corporal mayor a 30 para hombres, mayor a 29 para mujeres.

^c Se refiere a cualquiera de las siguientes cinco actividades de la vida diaria: dificultad para caminar, bañarse, comer, levantarse y acostarse en la cama o usar el sanitario.

^d Se refiere a cualquiera de las siguientes cuatro actividades instrumentales de la vida diaria: dificultades para preparar alimentos calientes, hacer compras, tomar medicinas o manejar dinero.

^e Número de bienes durables considerando: radio, televisor, teléfono, refrigerador, lavadora, calentador de agua.

^f Viviendas con conexión de agua, sanitario con agua corriente, uso de gas o electricidad para cocinar.

^g Ingreso se refiere al ingreso total mensual por persona. Se calculó como el ingreso total si la persona no es casada/unida; como el ingreso total del cónyuge/pareja más el propio, dividido entre dos, si es casada/unida.

^h Activos se refiere al valor neto de los bienes individuales si el individuo no es casado/unido; al valor neto de los bienes del cónyuge/pareja más los propios, dividido entre dos, si el individuo es casado/unido.

ⁱ Consumo se refiere al nivel de gasto total mensual reportado para el hogar.

servicios médicos por alguna institución pública o privada (56% de las mujeres y 52% de los hombres).

Las diferencias por género en cuanto a las condiciones económicas son poco notables, lo cual se puede explicar parcialmente por la manera en que se construyeron las variables para ingreso y bienes. Entre las mujeres se encuentra una ligera ventaja en cuanto a bienes de consumo duradero, condiciones de la vivienda, y el valor neto de los bienes acumulados. Esto puede deberse a la posición que guardan las mujeres como viudas en la edad media y avanzada,

y que al enviudar buscan vivir en hogares de algún(a) hijo(a) que se encuentra en relativamente buenas condiciones de vivienda. También es posible que la familia de algún hijo(a) pase a residir con la madre al enviudar, pudiendo capitalizar en economías de escala y alcanzar una mejor posición en cuanto a condiciones de la vivienda o bienes con que se cuenta en un hogar extenso, comparado con la posición que se podría alcanzar cuando la mujer vive aún con su cónyuge en un hogar de tipo nuclear. Por otro lado, los hombres presentan ligeramente mayor nivel de ingreso, de consumo del hogar, y de propensión a ser dueños de su vivienda.

En cuanto a las condiciones de salud, las mujeres se auto-reportan con peor salud que los hombres. Un poco más de las dos-terceras partes de las mujeres (69%) reportan su salud como regular o mala, comparado con 58% de los hombres. También se encuentra una ligera desventaja en salud para las mujeres cuando se consideran los auto-reportes sobre tener una enfermedad crónica (entre las del corazón, cáncer, enfermedad respiratoria o embolia cerebral), obesidad (17% de las mujeres en contraste con 14% de los hombres), y tener al menos una discapacidad con alguna actividad de la vida diaria (8% de las mujeres contra 6% de los hombres). La única excepción a la peor salud de las mujeres es que un mayor porcentaje de hombres reporta tener al menos una dificultad con alguna actividad instrumental de la vida diaria (18% comparado con 11%).

En cuanto a la relación entre nivel socioeconómico y salud, encontramos que los patrones de la relación son similares entre hombres y mujeres. Mejor nivel de salud está asociado con mayor nivel socioeconómico en cuanto a los servicios con que cuenta la vivienda y los bienes de consumo duradero. La dispersión de ambos indicadores de nivel socioeconómico a través del gradiente de salud es muy similar para hombres y mujeres también (figura 5). Por otro lado, se encontró que para ambos sexos, alrededor de 60% de la población reporta ser dueño de la vivienda, independientemente de la salud reportada (no se muestran estos datos por sexo porque son similares a los arrojados con el análisis para toda la población). En cuanto a los bienes, se encuentra que el valor neto de los bienes acumulados tiene una relación claramente positiva con el auto-reporte de salud para hombres y mujeres. La dispersión del valor de los bienes a lo largo del gradiente de salud es similar para ambos sexos (figura 6).

Sin embargo, la relación es menos clara entre salud e ingreso o consumo. Los dos indicadores exhiben un patrón de comportamiento similar a lo largo de la escala de salud, pero que difiere por sexo. Los hombres consistentemente tienen un valor más alto de ingreso y de consumo que las mujeres en la parte buena y mejor de la salud. La diferencia por sexo se cierra cuando el reporte de salud es “regular” y se revierte para los que reportan mala salud; entre éstos,

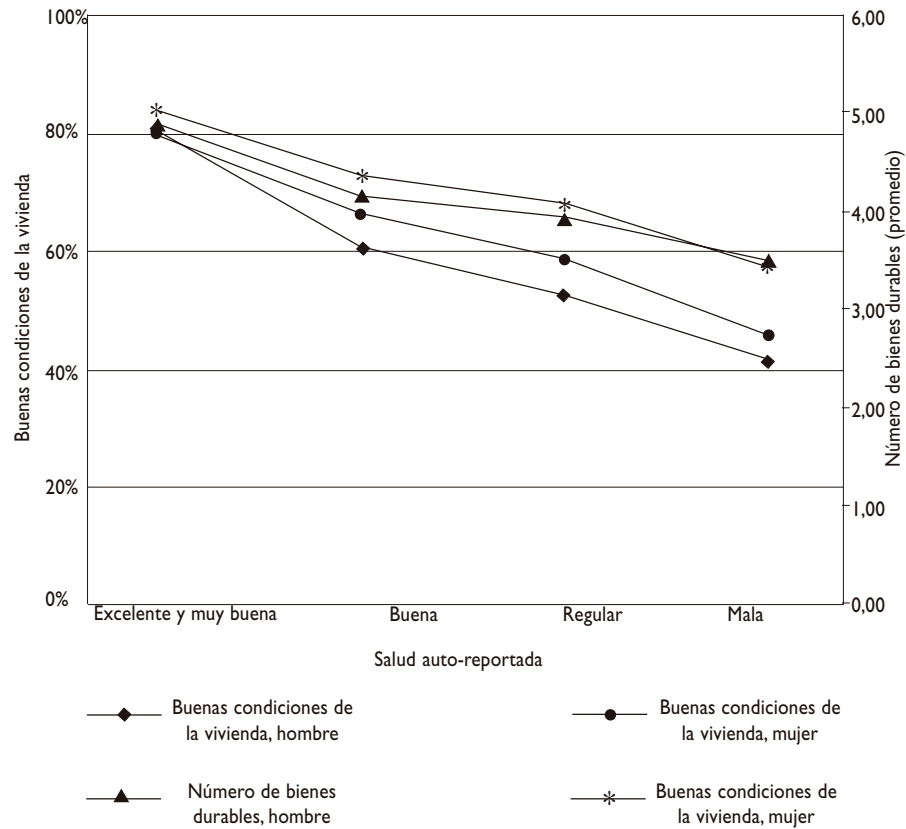


Figura 5. Calidad de la vivienda y bienes durables a través de salud auto-reportada, según sexo

las mujeres tienen mayor ingreso y consumo que los hombres (figura 7). La mayor dispersión entre los hombres parecería reflejar una mayor desigualdad entre el nivel de ingreso de los hombres que entre las mujeres.

En resumen, para el grupo de indicadores de ingreso, consumo y activos, y dejando a un lado la calidad relativa de cada una de las variables, se podría argumentar que consumo e ingreso son indicadores temporales, mientras que el nivel de activos se puede interpretar como un indicador permanente del nivel socioeconómico, en particular hacia la etapa de edad media o el final del ciclo de vida. Si es así, estos resultados pueden interpretarse como que la salud auto-reportada parece tener una relación directa y más estrecha con el nivel socioeconómico permanente que con el temporal. Se confirma que sería necesario incluir variables que capten ambas dimensiones del nivel económico para medir la asociación entre salud y nivel socioeconómico por género.

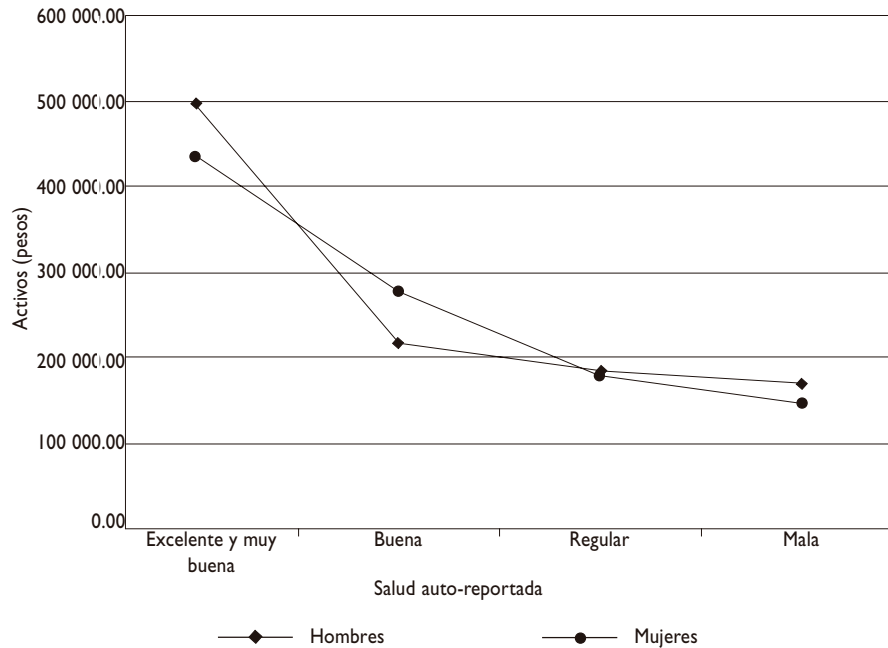


Figura 6. Activos promedio a través de salud auto-reportada, por sexo

Los resultados del modelo multivariado para hombres y mujeres son en general consistentes con los informados ya para la población total, con sólo algunas ligeras variaciones. El cuadro VII presenta los efectos marginales del modelo de regresión probit para buena o mejor salud separando hombres y mujeres.* Controlando por edad, estado civil, educación, y tamaño del área de residencia, solamente el tener alto nivel de bienes está asociado con una probabilidad mayor (por alrededor de .05) de reportar buena salud tanto para hombres como mujeres. Es decir, que de manera similar a lo encontrado para el total de la población, se concluye que controlando por factores covariantes, la población con nivel bajo de activos tiene una propensión a reportar buena salud que es estadísticamente igual a la población con nivel medio de bienes.

* También se probaron modelos con interacciones de algunas de las variables incluidas, como por ejemplo, la interacción entre edad y bienes acumulados, y la interacción entre edad y educación, e incluyendo edad como variable continua (y con términos lineales y cuadráticos de edad). Puesto que los resultados de interés no cambian en dichas variaciones del modelo, presentamos solamente los resultados del modelo básico ya que es más sencillo de exponer.

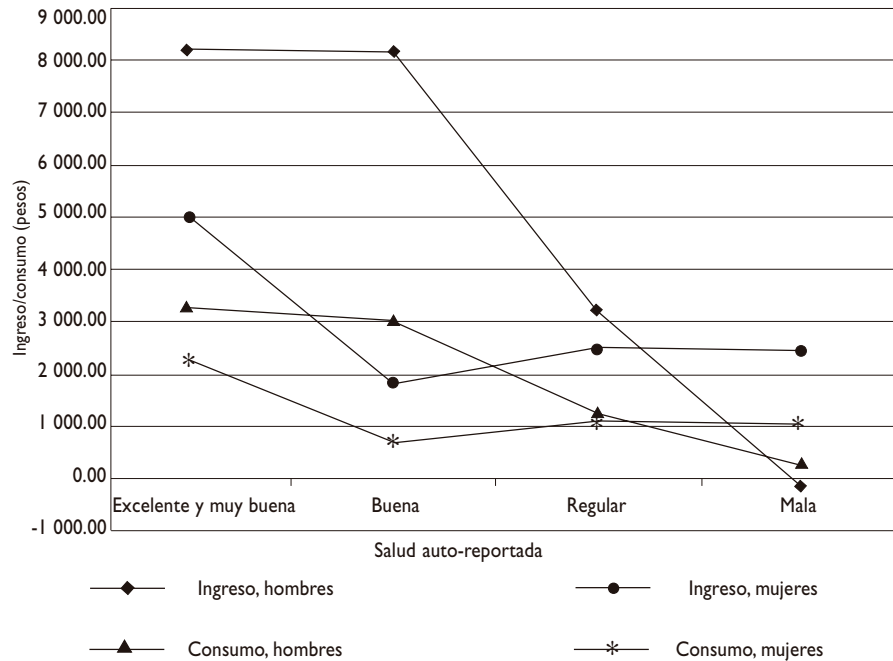


Figura 7. Ingreso y consumo promedio a través de salud auto-reportada, por sexo

Hay un resultado importante que varía por sexo: el efecto del ingreso. Para los hombres tener nivel más alto de ingreso está asociado con mejor salud, pero la relación no es tan clara para las mujeres. Por un lado, las mujeres con ingreso bajo y con ingreso medio reportan el mismo nivel de salud; por otro, las de ingreso alto reportan mejor salud que aquéllas con ingreso bajo, pero el valor del efecto es menor que el encontrado para los hombres y de menor significancia estadística. En resumen se puede concluir que: a) para las mujeres, el nivel de activos parece estar más estrechamente asociado con la salud que el nivel de ingreso; b) para los hombres, el ingreso parece estar más asociado con la salud que los bienes; y c) para ambos sexos, aparentemente la asociación positiva entre mayores bienes y mejor salud es solamente para aquellos en la parte más alta de la distribución de estos.

En cuanto a los otros factores covariantes, la relación negativa de la edad con la salud auto-reportada es evidente en ambos sexos, pero en particular para los hombres, con un efecto marginal de .08 comparado con .04 para las mujeres. Las mujeres viudas tienden a declarar ligeramente peor salud que las casadas o las no-unidas, mientras que los hombres no-unidos reportan mejor salud que los casados/unidos.

Cuadro VII
Efectos marginales sobre la salud por sexo, edad 50 años
o más. Variable dependiente: reporta buena o mejor salud

VARIABLES	Hombres	Mujeres
Activos (referencia: activos bajos) ^a		
Activos medios	0.003	0.004
Activos altos	0.050 [‡]	0.056 [‡]
Ingreso (referencia: ingreso bajo) ^a		
Ingreso medio	0.051 [‡]	0.021
Ingreso alto	0.119 [‡]	0.037*
Edad 60 años o más (referencia: 50-59)	-0.084 [‡]	-0.044 [‡]
Estado civil (referencia: casados)		
Soltero ^a	0.050*	0.013
Viudo ^a	-0.006	-0.024+
Educación formal (referencia: 0 años)		
1-5 años	0.018	-0.030*
6 años	0.054 [§]	0.053 [§]
7 o más años	0.224 [‡]	0.219 [‡]
Residencia en área con 100 000 o más habitantes	0.022	0.017
N	5691	6731
Proporción observada	0.439	0.308
Proporción estimada	0.438	0.300
Pseudo R-cuadrado	0.059	0.052

[‡] p<=.001, [§]p<=.01, *p<=.05. + p<.10

^aDefinición de activos: la categoría de activos altos incluye individuos con activos por encima del percentil 33 en la población. La categoría de activos medios considera a los individuos con activos por encima del percentil 33 y por debajo del percentil 66 en la población. La definición es similar para las categorías de ingreso.

La asociación positiva de la educación con la buena salud es evidente también para ambos sexos, con efectos de dimensiones comparables para hombres y mujeres. Por ejemplo, contar con 7 o más años de educación está asociado con un incremento en la probabilidad (de .22) de reportar buena salud con respecto a las personas que tienen cero años de educación formal. La residencia en áreas con 100 000 o más habitantes no parece estar asociada con una mejor salud, para ambos sexos.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En este artículo se buscó documentar la relación entre nivel socioeconómico y salud para la población de edad media y avanzada en México. Se pudo com-

parar la asociación encontrada en México con la evidencia de países desarrollados, encontrándose que la desigualdad en el acceso a servicios de salud o en los programas sociales que pudieran proteger el ingreso en caso de enfermedad entre los países, se ve reflejada en la simple relación salud-nivel socioeconómico.

También se examinó para México el uso del auto-reporte de salud como indicador, y se encontró una asociación clara entre el auto-reporte de salud y el auto-reporte de enfermedades crónicas y funcionalidad, menos clara con diabetes, pero no así con obesidad. Parecería que la población de edad media y avanzada tiende a no considerar la presencia de obesidad al emitir su auto-reporte de salud.

Para ambos sexos la relación entre nivel socioeconómico (medido por ingreso o por activos) es no-lineal, es decir la asociación es más fuerte para la población en la parte más alta de la escala económica. También para ambos sexos la asociación positiva entre nivel de bienes o activos y salud se encuentra solamente para aquellos individuos en el tercil más alto de bienes dentro de la población de 50 años y más en México. Esto implica que para la fracción de la población que se encuentra por debajo del percentil 70, un mayor nivel de bienes no se asocia con mejor salud. Por otro lado, en contraste con lo encontrado para el nivel de activos, la asociación positiva entre ingreso y salud se mantiene para toda la distribución del ingreso pero se cumple solamente para los hombres. Habría que ahondar en estos resultados antes de poder concluir absolutamente, y sería importante realizar una replicación de estos resultados con otros datos o por otros investigadores y usando diversos enfoques.

Para las diferencias por sexo se había planteado la hipótesis de que la relación entre nivel socioeconómico y salud pudiera ser más débil para las mujeres que para los hombres, lo cual parece corroborarse con los resultados diferenciados por sexo para el ingreso. El resultado es consistente con la idea de que existen esquemas personales, familiares, de programas o políticas sociales que alteran el costo relativo de algunos de los insumos en la producción de la salud para las mujeres de manera diferente que para los hombres, de tal forma que existen diferencias por género en la relación entre salud e ingreso. La dirección de la diferencia es tal que aparentemente las mujeres tienen mejor o más generalizado acceso a algunos insumos que los hombres; esto en general puede ser consistente con la idea de que los programas sociales en México tienden a proteger más a las mujeres en edad media y avanzada que a los hombres. En promedio las mujeres tienden a asumir un papel de productoras en la economía familiar más que en el sector formal de trabajo, y las políticas del sector social tienden a proporcionar acceso a servicios de salud a la familia o grupo dependiente del trabajador en México. Por ello, la mujer es más pro-

tegida que los hombres, en su papel de esposa/viuda o madre.⁹ Este esquema, aunque coloca a las mujeres en posición más vulnerable, tiene la ventaja de que su salud no está asociada con su posición económica tanto como la de los hombres.

El balance de los resultados por género parecería favorecer a las mujeres; aunque ellas en general reportan peor salud que los hombres, la asociación negativa de la edad con la salud es menor para las mujeres que para los hombres. El sistema de desigualdades que favorece a la población en la parte alta de la escala económica, parece igual para los dos sexos, pero la posición económica de las mujeres no necesariamente está asociada con su salud. Es claro que hay una multitud de factores que no están incluidos en el modelo, y que no podemos argumentar causalidad en los resultados, ya que lo que se buscaba era examinar la relación entre nivel socioeconómico y salud y concluir acerca de diferencias entre los dos géneros en esta asociación. Con datos longitudinales será posible aumentar nuestro conocimiento acerca de la ruta y la dirección que sigue la relación entre salud y nivel socioeconómico.⁷ Por ejemplo, será importante determinar si algún evento de salud que implique una disminución en funcionalidad, también se manifiesta en reducción drástica en la posibilidad de trabajar o del ingreso. Similarmente, será necesario examinar si los gastos médicos derivados de dicho evento de salud producen un cambio importante en el nivel socioeconómico. Alternativamente, será posible analizar si la pérdida del empleo o algún otro cambio radical en la situación del individuo (como la muerte del cónyuge) lleva a la disminución del uso preventivo o curativo de servicios de salud que impacte en una disminución en la salud posterior. Se podrá examinar si las influencias psicosociales relacionadas con problemas laborales o de la red familiar, pueden presentarse como problemas mayores que afecten la salud mental o fomenten hábitos de vida que a su vez afecten el nivel socioeconómico posteriormente.

Como ya se ha mencionado, es posible que la relación entre salud y nivel socioeconómico cambie a través de las diferentes etapas del ciclo de vida, así como de acuerdo con las circunstancias de los individuos. La evidencia para otros países parece concluir que la influencia de las condiciones económicas es más importante sobre la salud durante las etapas tempranas del ciclo de vida, mientras que la salud tiene un efecto mayor sobre el nivel económico en las etapas posteriores. Si se encuentra evidencia concluyente de la influencia de los eventos de salud negativos sobre el nivel socioeconómico aun cuando se cuente con servicios de salud a través de por ejemplo, un seguro médico, se puede concluir que con acceso a los servicios de salud se puede proteger solamente una porción del costo total de un evento de salud. Hay muchas otras consecuencias económicas de tal situación para el que otro tipo de seguro

podría ser necesario, por ejemplo seguro de discapacidad. Habrá que seguir trabajando para corroborar estas relaciones a nivel nacional, y afortunadamente ya se cuenta con bases de datos para realizar este tipo de estudios para México.

Referencias

1. Hurd M, Kapteyn A. Health, wealth, and the role of institutions. *J Human Resources* 2003;38(2):386-415.
2. Smith J. Healthy bodies and thicker wallets: the dual relation between health and socioeconomic status. *J Economic Perspectives* 1999;13(2):145-166.
3. Smith JP. Socioeconomic status and health. Chicago, Illinois: American Economic Review, AEA Papers and Proceedings, May 1998:192-196.
4. Smith JP, Kington R. Demographic and economic correlates of health in old age. *Demography* 1997;34(1):159-170.
5. Smith JP, Kington R. Race, socioeconomic status and health in late life. En: Martin L, Soldo B, ed. *Racial and ethnic differences in the health of older Americans*. Washington DC: National Academy Press, 1997:106-162.
6. Attanasio O, Hoynes H. Differential mortality and wealth accumulation. *J Human Resources* 2000;35(1):1-29.
7. Adams P, Hurd M, McFadden D, Merrill A, Ribeiro T. Healthy, wealthy and wise? Tests for direct causal paths between health and socioeconomic status. *J Econ* 2003;112:3-56.
8. Goldman DP, Smith JP. Can patient self-management help explain the SES health gradient. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States: Social Sciences* 2002;99(16):10929-10934.
9. Parker SW, Wong R. Welfare of male and female elderly in Mexico: a comparison. En: *The economics of gender in Mexico*. Washington DC: The World Bank, 2001.
10. Gomes MC. *Dinámica demográfica, familia e instituciones. Envejecimiento poblacional en Brasil y México*. México, DF: El Colegio de México, 2001. Tesis doctoral.
11. Power C, Manor O, Matthews S. The duration and timing of exposure: effects of socioeconomic environment on adult health. *Am J Public Health* 1999;89(7):1059-1065.
12. Power C, Matthews S. Origins of Health Inequalities in a National Population Sample. *Lancet* 1997;350:1584-89.
13. Wong R, Espinoza M. Ingreso y bienes de la población de edad media y avanzada en México. Manuscrito sometido para publicación a: *Papeles de Población*, México. Junio, 2003.

GÉNERO, POBREZA Y CUIDADO: LA EXPERIENCIA DE MUJERES CUIDADORAS POBRES URBANAS*

LETICIA ROBLES SILVA

Carmen fue la cuidadora de su madre Hermila durante un lapso de tres meses, por lo que dejó su trabajo como empleada en un pequeño negocio para dedicarse de tiempo completo al cuidado. Una añoranza durante ese tiempo fue no tener un ingreso propio; esta pérdida representaba no poder comprar para sí misma o para alguna de sus hijas ciertos enseres personales, o salir a cenar fuera de casa, lo que constituían pequeños "lujos". Y es que el ingreso de su esposo como chofer de transporte urbano era insuficiente para cubrir estos "gastos extras" a pesar de que trabajaba doble turno todos los días y únicamente tenían dos hijas dependientes económicamente de ellos. El cuidado fue para Carmen una época de estrechez económica, y fue una de las razones por las que su madre regresó a Oblatos a continuar siendo cuidada por su hermano y hermana, realmente sus cuidadores. Antes de partir su madre, se escenificó un escándalo a las puertas de su departamento, ya que la acusaban de ser una *mala hija* por no querer cuidar a su madre. Carmen, un mes después, encontró de nuevo trabajo como cocinera en otro negocio.

El episodio anterior no debería ser visto como una situación *desviada* de una hija que antepone el dinero a la obligación filial, sino como una expresión de las tensiones y conflictos que emergen cuando el cuidado se debe otorgar en contextos de pobreza urbana.

EL CUIDADO: UN TRABAJO QUE EMPOBRECE

El cuidado a los ancianos, enfermos crónicos, discapacitados o cualquier tipo de dependiente es un trabajo no-pagado, femenino y devaluado. Las teorías feministas han esclarecido el fenómeno del cuidado desde una perspectiva más social y política en aras de superar explicaciones que adjudican la feminidad a rasgos "naturales" de la mujer, y no como un asunto de la división social del trabajo entre hombres y mujeres. Entre sus aportes está el dilucidar

* Financiamiento recibido del SiMorelos, convenio 980302020

los mecanismos por los cuales el cuidado no es trabajo y está desvalorizado. No está en discusión si el cuidado debe o no otorgarse, la atención a los dependientes es necesaria y alguien debe realizarla. El motivo del debate es que la asignación de quién cuida no debe hacerse con base en criterios de género sino por habilidades e inclinaciones.¹

Otra línea de trabajo es la referente a que el cuidado empobrece a las mujeres cuidadoras, pero no a los hombres cuidadores.² Los primeros análisis y discusiones sobre la feminidad del cuidado llevaron a mostrar que existía un empobrecimiento a causa de éste. Desde una visión macrosocial se han identificado tres mecanismos o vías de ello: a) el cuidado es un no-trabajo; b) el cuidado es incompatible con el trabajo remunerado y; c) no hay prestaciones sociales para las cuidadoras.

El cuidado es un no-trabajo porque pertenece a la esfera privada o del ámbito del hogar. El *trabajo* se da exclusivamente en el mundo laboral externo al hogar y en la casa no existe. Las acciones del hogar son acciones de la reproducción social y éstas, se argumenta, no generan bienes ni servicios sino exclusivamente prácticas simbólicas que no son valorizadas como trabajo.³ Además, las prácticas del mundo laboral son trabajo pagado y las del hogar no; debido a que son concebidas como no-trabajo, son prácticas que no reciben remuneración económica.*

El trabajador "ideal" en las sociedades modernas es quien trabaja 40 horas semanales durante todo el año y está disponible para trabajar horas extras porque no tiene compromisos familiares que se lo impidan, como el cuidado de los niños y/o los dependientes.⁴ Esto conlleva a que el *trabajo* siempre es prioritario sobre el resto de las esferas de la vida cotidiana, como sería la familia, la diversión, el descanso, la actividad social. Y como el mercado laboral está estructurado prioritariamente bajo este esquema, las cuidadoras frecuentemente no pueden desempeñarse como trabajadores "ideales" ya que las demandas del cuidado se los impide. El que el trabajo compita con el cuidado hace que la mujer trabajadora y cuidadora al mismo tiempo abandone o reajuste sus jornadas laborales.** Las mujeres dejan el empleo porque son una fuerza de trabajo sacrificable, ya que su ingreso es complementario y menor al percibido por el proveedor económico de dicho hogar. La salida del

* Incluso en el mundo laboral, el trabajo de las cuidadoras es pobremente pagado, ya que se considera como categoría ocupacional de bajo estatus.¹

** Entre los cambios más sobresalientes están la disminución de horas de trabajo, solicitud de permisos, negociación de los horarios de entrada y salida, y finalmente, cuando no es posible más adaptaciones, la renuncia al empleo.⁵⁻¹³

mercado laboral implica, para ellas, disminución de sus ingresos o pérdida de un ingreso propio, así como de las prestaciones sociales de un trabajo remunerado; y a largo plazo, ingresar a la vejez en peores condiciones económicas que sus pares que permanecieron en el trabajo.¹⁴

Las políticas sociales sostienen la tesis de que el cuidado es una responsabilidad de la familia y no del Estado. Se argumenta que ahí, al interior del hogar, se encuentran los mejores espacios y las relaciones interpersonales óptimas para que cualquier tipo de dependiente reciba un cuidado de calidad. De intervenir el Estado, se dice, se desalentaría el cuidado familiar y se abandonarían a los dependientes a los servicios estatales.¹⁵ Esta negativa para asumir la responsabilidad estatal a través de servicios directos a los dependientes, se extiende también a sus cuidadores. Las escasas políticas públicas que se introdujeron al respecto en países desarrollados¹⁶⁻¹⁸ no dieron cobertura a todas las cuidadoras. De entrada discriminaba a las mujeres que vivieran en un hogar con un hombre proveedor, lo que las hacía sujetos sin derecho a este tipo de beneficios sociales, con el argumento de que dependían económicamente de un varón trabajador. Lo que no acontece con los hombres. Y ni pensar de las mujeres no-trabajadoras, quienes nunca fueron contempladas como sujetos de beneficios sociales.^{17,*}

Estos tres mecanismos, –el cuidado no es trabajo, es incompatible con el trabajo remunerado y la ausencia de políticas sociales dirigidas a las cuidadoras– originan que la mujer cuidadora experimente una reducción significativa de su capital económico a lo largo de su vida, es decir, empobrece. Estas circunstancias las colocan en una situación de vulnerabilidad y dependencia económica con respecto a terceros durante el cuidado y posterior a él. El capital humano adquirido por el cuidado no puede transferirse al mercado laboral, en éste el sujeto se habilita para desempeñarse como trabajador que le permite colocarse en puestos ocupacionales.¹⁸ Estos rasgos están ausentes en el capital acumulado con el cuidado porque es una acción de la reproducción social, los cuidadores terminan como individuos no competitivos a nivel laboral.

* Los trabajadores tienen derecho a prestaciones laborales por su calidad de trabajadores, prestaciones que no incluyen las ayudas y servicios para el cuidado, que están localizados en la asistencia social. Pero, para ser beneficiarios de la asistencia social, ya no se elige en función de los rasgos individuales como acontece con las prestaciones laborales, sino con base en el ingreso familiar y la presencia o no de un hombre proveedor en la unidad doméstica. De esta forma, la segregación de un amplio contingente de mujeres cuidadoras, sobre todo las no trabajadoras remuneradas, quedan fuera de los beneficios de la asistencia social por el simple hecho de pertenecer a cierto tipo de hogares y no en razón de sus necesidades como cuidadoras.

En la década de 1990 la perspectiva de la discusión cambió de enfoque: las diferencias y las particularidades de los contextos comenzaron a tomarse en cuenta para explicar esta compleja relación entre cuidado y empobrecimiento. La premisa es que no todas las cuidadoras empobrecen de la misma manera, ni enfrentan contextos sociales y políticos similares para desempeñar su rol en las mismas condiciones, por lo que algunas lo hacen en situaciones de pobreza, pero otras no.

La discusión comenzó a mostrar que existía un grupo de cuidadoras privilegiadas en las sociedades occidentales: las mujeres de las clases medias. Ellas enfrentan el cuidado en circunstancias ventajosas derivadas de su posición social. Son mujeres que laboran en los ámbitos profesionales y perciben un ingreso superior al de una obrera u empleada*, o aun cuando no sean trabajadoras remuneradas, pertenecen a unidades domésticas cuyos ingresos son superiores a los hogares de trabajadores manuales. Bajo estas circunstancias, ellas tienen la posibilidad de contratar a otra mujer para que realice las tareas más pesadas y rutinarias del cuidado y retener para sí el control y el dominio sobre qué hacer, cómo, cuando y por quién.

Las cuidadoras contratadas por cuidadoras de la clase media son mujeres pobres, que deben trabajar en aras de mantener niveles mínimos de sobrevivencia en sus unidades domésticas.¹⁹ Sin embargo su condición de pobreza las lleva a experimentar el cuidado en condiciones de opresión, acoso, pérdida de libertades, ya que se les contrata para cuidar a otros y particularmente son forzadas a abandonar a sus propios dependientes por cuidar a otros.¹⁹⁻²⁰

El cuidado de los propios dependientes para las mujeres migrantes, en contextos de pobreza, significa la carencia de recursos sociales para el cuidado. La ausencia de una familia extensa que las apoye, falta de facilidades para hacerlo porque carecen de prestaciones sociales en sus trabajos, la restricción en el tiempo dedicado al cuidado, son algunas de las desventajas de estas mujeres.²¹

Lo que este nuevo acercamiento a la relación con la pobreza muestra, es que el cuidado no sólo empobrece, sino que también es un elemento que produce diferentes experiencias entre las cuidadoras, sobre todo cuando se

* Aun cuando sus ingresos como profesionista no son iguales a los de un hombre profesionista dadas las desigualdades por sexo en los salarios, siempre son superiores a lo que podría percibir una obrera calificada. Es al interior del grupo de mujeres trabajadoras donde ocupan una mejor posición, es decir, al interior de una jerarquía particular del trabajo.

comparan las de una y otra clase social. El presente trabajo se ubica en esta última línea de indagación en términos de analizar las diferencias entre cuidadoras. Esta propuesta implica no manejar conceptual y empíricamente a las mujeres cuidadoras como un grupo homogéneo en su interior, sino más bien como un grupo heterogéneo. Al interior hay diferencias que pueden ser explicadas al comparar las condiciones entre clases sociales, así como al interior de una misma clase social. En este sentido, me interesa mostrar dichas diferencias al interior de un grupo social en particular, específicamente en contextos de pobreza urbana bajo la hipótesis de que las experiencias entre las mujeres cuidadoras no es la misma para todas, sino que algunas experimentan más restricciones que otras. Esto a su vez implica esclarecer los mecanismos por los que dicha pobreza estructura cierto tipo de cuidado, así como las vías para que las experiencias no sean las mismas al interior de la pobreza.

EL ACERCAMIENTO METODOLÓGICO: UNA VISIÓN CUALITATIVA

Entre 1997 y 2001 realicé un estudio etnográfico en un barrio popular urbano: Oblatos. Se localiza al nor-orienté de Guadalajara y es uno de los asentamientos populares más viejos de esa zona de la capital del estado de Jalisco. En ese sitio se llevó a cabo un estudio sobre la experiencia del cuidado con cuidadores de enfermos adultos y ancianos con diabetes. La finalidad era indagar sobre las actividades de cuidado, su organización y los mecanismos para incorporarlo a su vida cotidiana. Los datos que aquí se presentan constituyen sólo aquellos aspectos que mostraron estar vinculados con la pobreza urbana.

El trabajo de campo incluyó varios tipos de informantes, tanto al interior de las familias como del barrio; sin embargo sobre el tema que aquí nos interesa la información proviene de lo realizado con los cuidadores, los enfermos y algunos familiares. Durante esos años hice entrevistas a profundidad* y observación participante en 23 unidades domésticas; pero sólo en 16 vivían enfermos crónicos cuyo estado de deterioro requería de la presencia de un cuidador. Este deterioro era resultado de padecer de dos a cuatro enfermedades crónicas, junto con la diabetes, por más de 15 años, así como la presencia de varias complicaciones. Las otras siete unidades domésticas no evidenciaban visi-

* Al final del trabajo de campo había realizado 103 entrevistas con los cuidadores, 102 con los enfermos y 20 con los familiares. A los cuidadores los entrevisté entre dos y cuatro ocasiones, con una duración que varió entre 40 minutos y tres horas. Las entrevistas con los familiares duraron en promedio media hora. Para el análisis de la información seguí la recomendación de la teoría fundamentada en obtener la información y analizar al mismo tiempo y por etapas.²²

blemente la presencia de un cuidador del enfermo debido a que éstos aún eran capaces de controlar su enfermedad y llevar una vida relativamente autónoma e independiente, por lo que más que cuidado recibían apoyo social. Debido a estos rasgos, de aquí en adelante me centraré en los enfermos con cuidadores, sin importar que fueran adultos o ancianos. El cuidado siempre emerge como resultado de la existencia de un dependiente, y ser anciano no fue el rasgo que originó la necesidad del cuidado entre estos dependientes de Oblatos, sino la enfermedad crónica y el deterioro que ésta había producido.

En las 16 unidades domésticas vivían 18 enfermos con diabetes. De ellos, 11 eran ancianos y siete adultos. La edad de los ancianos fue de 60 a 90 años (promedio de 66.8 años). Para los adultos, las edades fluctuaron entre 35 y 59 años (promedio de 48.6 años). Los ancianos eran seis hombres y cinco mujeres; los adultos, tres hombres y cuatro mujeres. Los hombres en su mayoría estaban casados (90.9%) y las mujeres eran viudas (66.6%). Todas las ancianas eran viudas, y entre las mujeres adultas sólo había tres casadas y una soltera.

Los cuidadores de estos enfermos eran siete hombres y 19 mujeres. Los hombres eran cuidadores secundarios* con excepción de dos de ellos que eran cuidadores primarios, un hijo de su madre anciana y un esposo de una enferma adulta. De las mujeres, 15 eran cuidadoras primarias y cuatro secundarias. Todos los hombres cuidadores eran adultos (44.2 años en promedio). De las mujeres había seis mujeres que eran ancianas (69.3 años en promedio), todas ellas cuidadoras primarias; las otras 13 eran adultas (42 años en promedio). Las cuidadoras eran en su mayoría las esposas (47%) o las hijas (36%); de entre las hijas, cuatro estaban casadas y tres eran solteras, todas las casadas tenían hijos. A su vez, 63.1% de las cuidadoras eran también enfermas crónicas. De los hombres cuidadores 71% estaban casados y 29% solteros, y eran principalmente los hijos de los enfermos porque sólo había un esposo-cuidador. Todos los cuidadores primarios vivían en la misma unidad doméstica donde residía el enfermo.

En síntesis, el perfil de las cuidadoras era ser una esposa anciana que cuida a su esposo, o una hija en edad adulta, casada y con hijos que cuida de su madre. En cambio los hombres eran adultos, casados, con hijos vinculados con el cuidado al padre, principalmente, o a la madre. Debido a la preeminencia de las mujeres como cuidadoras, centraré la discusión en ellas, utilizando la información de los hombres cuidadores sólo con fines de comparación.

* Los cuidadores secundarios brindan apoyo sólo en ciertas actividades, quedando el resto de la carga del cuidado y la responsabilidad total en los cuidadores primarios.

OBLATOS: EL LUGAR DE LOS POBRES URBANOS

El barrio de Oblatos fue fundado en 1958 en los terrenos de la hacienda del mismo nombre,²³ y albergó principalmente a los emigrantes rurales que arribaron a Guadalajara entre 1950 y 1970. De los enfermos entrevistados, 84.7% eran emigrantes rurales que nacieron en poblaciones del interior de Jalisco y de estados circunvecinos. La historia urbanística del barrio se caracteriza por un proceso de compra a crédito de predios fraccionados, seguido por la autoconstrucción de la casa, desarrollo propio de las zonas populares urbanas hasta fines de 1960 en las ciudades latinoamericanas.²⁴ Hoy día es un barrio consolidado y desde 1980 cuenta con todos los servicios urbanos, educativos, y de salud, además de una amplia red de pequeños y medianos comercios. Pero en Oblatos también hay pobres y ricos, una desigualdad social que se manifiesta en una división espacial que divide al barrio en los de arriba y los de abajo, los ricos y los pobres. Estas diferencias se evidencian en la calidad de las viviendas, los estilos arquitectónicos, los modelos de los autos estacionados a la puerta de las casas, y en el nivel de vida de los enfermos entrevistados.

En los primeros años, Oblatos era un barrio de zapateros con múltiples talleres pequeños de calzado que empleaban a sus moradores.²⁵ Y los que no eran zapateros eran empleados del sector servicios u obreros de la industria instalada en Guadalajara. A partir de la crisis de 1982 la fisonomía laboral del barrio se transformó y la inserción al mercado laboral de sus habitantes también cambió. El desempleo en la industria, el gobierno y del sector servicios se hizo sentir entre los grupos populares urbanos,²⁴ y Oblatos fue uno de ellos. La pérdida de empleo originó la búsqueda de estrategias familiares tales como incorporarse al sector informal, migrar a los Estados Unidos, aumentar el número de miembros de la familia como trabajadores incluyendo a las mujeres, arreglos de residencia en términos de familias extensas, y otras,^{26, 27} con el fin de sobrevivir a una crisis que afectaba seriamente sus niveles de bienestar y consumo.

En las décadas de 1970 y 1980 el cambio en los niveles macro de la economía lo resintieron a nivel micro las familias de los enfermos de Oblatos, dos fenómenos dan cuenta de ello: el cambio de empleo de los jefes de familia y la migración de los hijos a otros sitios del país y a Estados Unidos. Nueve de los 24 jefes de familia pasaron de ser trabajadores del sector formal –ya sea como obreros o empleados del sector servicios o del comercio– a un empleo informal; es decir, 41% de estas familias resintieron el desempleo por la crisis de 1982. Estos cambios también afectaron a las esposas, especialmente aquellas que hoy día son mayores de 50 años, ya que la búsqueda de ingresos extras

fue una necesidad común y la estrategia fue convertirse en trabajadoras en el sector informal. Once de ellas trabajaban (47.6%), cinco en el sector informal, el resto eran empleadas, dueñas de pequeños comercios y dos eran obreras asalariadas en la modalidad de trabajo a domicilio y sin ninguna prestación social. Otra respuesta fue la migración, irse a Estados Unidos como indocumentado fue un fenómeno que se dio en los hijos, más que en los jefes de familia; 58.3% de las familias tenían hijos migrantes, de los cuales más de la mitad se fueron a Estados Unidos. Los hijos de los enfermos se distribuían más uniformemente entre el sector formal e informal, siendo pocos los obreros y sólo dos hijos del grupo ejercían como profesionistas; asimismo 5% de los hijos poseían pequeños comercios. Las unidades domésticas procuraron incorporar al mayor número de trabajadores, los hogares estaban compuestos por 7.2 integrantes en promedio e incorporaban a 4.3 integrantes como trabajadores, donde la proporción de hombres y mujeres era similar (59.4% vs 57.1%).

Finalmente, el gran tamaño de las unidades domésticas era resultado de la presencia de familias extensas: 72% tenían este tipo de arreglo. Esta estrategia tuvo mayor presencia en las fases de mayor vulnerabilidad económica: la de expansión concluida y la de retiro y muerte. Para las familias en expansión concluida era una estrategia de sobrevivencia de las parejas jóvenes que aún tenían hijos dependientes; en la etapa de retiro y muerte, los dependientes eran los padres ancianos quienes requerían del apoyo de sus hijos. En las fases intermedias descende la proporción de familias extensas en la medida en que los hijos aportaban ingresos a la familia. Una razón de la co-residencia fue el cuidado al enfermo con diabetes. Siete de las 18 unidades domésticas con familias extensas (38.8%) eran hogares unifamiliares nucleares que se transformaron en familias extensas a causa precisamente del cuidado. La estrategia de formación de familias extensas no siempre responde a cuestiones económicas y de consumo ligado con la reproducción social de sus integrantes sanos, sino también a la necesidad de garantizar la sobrevivencia biológica y social de los dependientes adultos y ancianos enfermos.

SER POBRE, ENFERMO Y VIVIR CON ESCASEZ DE RECURSOS SOCIALES

La pobreza es un elemento que interviene en las opciones de los bienes y servicios que pueden brindarse al enfermo crónico adulto/anciano. Las más o menos opciones a las cuales un enfermo puede optar no es un asunto que dependa de una capacidad intrínseca de la familia, sino de la posición social de la misma. Es su sitio en la jerarquía social lo que constriñe o no la generación de recursos sociales para el cuidado y la atención. Si no se entiende a la familia

articulada a un contexto social en particular, no se comprende por qué ciertas opciones no se ofrecen al enfermo. Tres elementos de la atención y el cuidado en Oblatos expresan las restricciones de opciones en la pobreza: la transformación del hogar; el acceso a la atención médica; y el uso o no de cierto tipo de atención médica.

La transformación del hogar en un espacio para el enfermo

El hogar es el espacio por excelencia de los enfermos crónicos, de ahí la necesidad de que se adapte a sus necesidades.* El hogar debe transformarse en un "cuarto de enfermo," lo que significa dar un nuevo orden doméstico al hogar para responder a las necesidades del enfermo.

En Oblatos la transformación del hogar se dio sin cambios radicales. Dicho proceso se asentaba en la co-residencia del enfermo y de la cuidadora en el mismo hogar, por lo que la transformación se dio en un solo hogar y no en dos como a veces ocurre en los contextos de las clases medias de Estados Unidos.²⁹ Dos re-organizaciones fueron los únicos cambios realizados: en las funciones de los espacios y en la ubicación del mobiliario.

Los hogares en su conjunto mantuvieron su función espacial original, no se destinó ningún espacio de uso común para uso exclusivo del cuidado, sino que fueron los espacios utilizados con antelación al padecimiento, los que se transformaron. El dormitorio del enfermo fue el espacio que se convirtió en el «*cuarto del enfermo*», y daban cuenta de ello la concentración de enseres personales, medicamentos, pañales, y ropa de abrigo. El segundo cambio fue una re-ubicación de los muebles que impedían el paso libre al enfermo, sin alterar la función doméstica del espacio. Por ejemplo, Margarita retiró de la entrada del cuarto de su madre, de la salita y del corredor que da a la calle, una televisión grande descompuesta y dos muebles de repisas, para dejar espacio libre y pudiera pasar la silla de ruedas, pero no alteró su funcionalidad ni se incorporaron nuevos muebles.

En este sentido, los hogares sólo se transformaron parcialmente y no se introdujo mobiliario nuevo ni aditamentos especiales. Es decir, no se instalaron barras de apoyo en los baños u otros espacios de la casa, ni se reformaron o

* El hogar incluye el lugar físico, el uso de los espacios y el papel de las rutinas y los procedimientos de la vida diaria. Orden implica, "definir y organizar el espacio, establecer y seguir reglas y restringir el desorden... [cuando el enfermo está presente] cambia el uso del espacio, las rutinas diarias, el mobiliario, los ruidos, los olores, etc."²⁸ La presencia de un dependiente produce una interrupción en la organización del hogar, por lo que éste se adapta a las necesidades del dependiente para evitar su reorganización radical.

adaptaron muebles, ni se adquirió mobiliario más funcional para el enfermo. La explicación más plausible, es que bajo las condiciones económicas de estos hogares populares no existían posibilidades reales de invertir para facilitar la vida del enfermo. Un hallazgo similar fue reportado por Mackenzie y Holroyd³⁰ con respecto a que las familias pobres en China no hacen modificaciones al hogar por falta de recursos económicos.

La utilización de los servicios de salud

Todos los enfermos adultos/ancianos entrevistados acudían con algún terapeuta de manera regular o según percibieran la necesidad en función de: tipo de trayectoria del padecimiento, la fase que cursan, el número de padecimientos crónicos, la eficacia de los tratamientos y sus costos.³¹ El acceso a los servicios de salud dependía de las características de inserción al mercado laboral de los integrantes de la unidad doméstica, de las familias o del propio enfermo. Lo que fue un hecho es que las dos opciones fueron la seguridad social y los servicios a población abierta. Ambas son respuestas sociales para atender a población trabajadora asalariada o marginada en zonas urbanas y rurales del país, en otras palabras, están pensadas para los pobres y no para las clases medias y la burguesía.

De los enfermos, 68% tenía derecho a la seguridad social, la mayoría al IMSS y uno al ISSSTE. El acceso fue a través de dos mecanismos: a) siendo derechohabientes porque el enfermo había sido trabajador en el sector formal y estaba pensionado (situación exclusiva de los hombres varones que fueron cuatro); y b) siendo beneficiarios, caso en el que se encontraron todas las enfermas, así como los hombres que no eran pensionados. Este beneficio fue a través de la afiliación del cónyuge o del hijo que contaban con ese derecho por ser trabajadores del sector formal. La afiliación se realizó en las etapas avanzadas de la enfermedad debido al incremento en los costos de la atención. Juan ingresó al IMSS como beneficiario cuando los costos de su atención fueron superiores a las posibilidades de sus hijos.

En cambio para los enfermos que no contaban con seguridad social (cuatro hombres y dos mujeres), las opciones fueron los servicios públicos del estado, ya que sus redes sociales no poseían vías de acceso a la seguridad social, es decir, ni los enfermos ni sus cónyuges, ni sus hijos trabajaban en el sector formal. Ellos acudían a los Hospitales Civiles,* a los centros de salud y al dispensario, opciones que dan cobertura a la población sin seguridad social.

* Los Hospitales Civiles de Guadalajara son dos hospitales escuela de la Universidad de Guadalajara, administrados a través de un organismo descentralizado de la Secretaría de Salud Jalisco.

La utilización del tipo de servicios de salud refleja la posición social de los enfermos. Un dato que apoya esta idea es lo poco que utilizaban la medicina privada, tanto para la consulta médica (21%) como para la hospitalización (15%). Por lo común, el uso de la medicina privada era una acción temporal, acudían al médico particular por un tiempo y después dejaban de ir, la razón fundamental eran los costos a largo plazo. El costo por una consulta fluctuaba entre 15.77 y 21 dólares, lo que representaba una semana de salario mínimo, o casi 20% del monto de un mes de la pensión que recibía Cornelio como jubilado del IMSS; esto sin contar los costos de los medicamentos o los análisis clínicos que solicitaban los médicos, que en muchas ocasiones consumían el ingreso de un mes de pensión. Incluso a la medicina privada que acudían era un reflejo de su posición social. No era a la que acude la clase media y la burguesía.

A pesar de que la gente buscaba los servicios de médicos particulares no acudían al poniente* donde se localizaban los consultorios de médicos privados en Guadalajara.** Las visitas a médicos privados generales y especialistas siempre fue en consultorios localizados al oriente de Guadalajara. El mismo patrón se repitió en relación con terapeutas, homeópatas, sobadores, médicos naturistas, y en la compra de medicamentos o insumos terapéuticos de cualquier modelo médico, todo era en el oriente de Guadalajara.

Esta regionalización en el uso de los servicios de salud responde a una construcción social y cultural acerca de cuáles son los espacios de los sectores populares. El oriente fue un espacio cedido a los grupos populares como parte del proceso de urbanización de Guadalajara, hoy día constituye el territorio donde pueden y deben buscar los satisfactores de sus necesidades, incluyendo

* Desde la fundación de Guadalajara existió en el ámbito geográfico, y en la mentalidad de sus habitantes, una segregación espacial que partió a Guadalajara en dos: el oriente donde habitan los pobres y el poniente los ricos.³² En la etapa post-independiente la demarcación espacial de los grupos sociales pasó a ser el río de San Juan de Dios. Al oriente era el lugar de los indígenas y los trabajadores; del otro lado del río estaba el centro de la ciudad donde vivían las familias de los ricos tanto nacionales como extranjeros. En 1908 el río de San Juan de Dios es entubado y da paso a la Calzada Independencia. Fue y continúa siendo esta Calzada la división espacial de la sociedad tapatía, al oriente se establecen las familias de los pobres en los barrios y colonias que dieron origen al oriente popular; en cambio al poniente se construyeron las colonias y fraccionamientos residenciales de lujo.²³

** En Guadalajara hay zonas territoriales especializadas en la atención a la enfermedad por parte del modelo médico hegemónico. Una de estas zonas está ubicada en una de las primeras colonias residenciales de Guadalajara del lado poniente, ahí se localizan consultorios médicos de especialistas y laboratorios clínicos. Otra, se sitúa por la Av. López Mateos más al poniente que la anterior. En las nuevas colonias residenciales del poniente, igualmente existen otras zonas más pequeñas con servicios médicos. A estas zonas no acudían los enfermos de Oblatos.

los de salud. Aunque *podían* acudir a cualquier «lugar» dentro de Guadalajara, las prácticas sociales y culturales impedían que los enfermos de Oblatos transgredieran esos límites simbólicos.*

Los conocimientos sobre la diabetes

En los estudios con población blanca de clase media, un asunto que aparece en las experiencias de los cuidadores es la búsqueda de información sobre la enfermedad, su tratamiento y los servicios formales de cuidado.³³ La dimensión cognitiva del cuidado parece ser una preocupación fundamental en las clases medias de otros países, lo que no acontecía en Oblatos. Ninguna de las cuidadoras externó la necesidad de conocer u obtener información acerca de la diabetes, ni buscaron información escrita sobre la misma. Es difícil pensar que alguien sienta como una necesidad la búsqueda de información cuando eso no es parte de la vida cotidiana. Un panorama al interior de las familias aclara el porqué de esta afirmación. Los ancianos cursaron en promedio, 4.6 años en la escuela, sus hijos alcanzaron 8.6 años, lo que significa que no terminaron la secundaria. Entre las cuidadoras 19% no fueron a la escuela, 23% no terminaron la primaria, 28% concluyeron la primaria, y el resto tuvieron estudios de secundaria. Además por el tipo de trabajo en el cual se insertaban los integrantes de la unidad doméstica, en su mayoría en el sector informal o como empleados u obreros, se tiene que la búsqueda de información no es un elemento del proceso de trabajo. Finalmente, vivían en un contexto cultural donde los conocimientos no son valorados como indispensables para moverse en el mundo social y cotidiano.

En una ocasión, platicando con Jesús, uno de los enfermos, comentaba que él enseñó a su esposa a leer y escribir, pero nunca le permitió ir a la escuela para adultos. Su argumento fue que era suficiente lo que él le había enseñado, porque él era una persona que leía mucho, pero sus lecturas se limitaban a revistas de los puestos de periódicos, generalmente cómics. Jesús decía que no compraba libros porque lo consideraba una mala inversión, y mucho menos

* Por ejemplo, la esposa de Emiliano quien también padecía diabetes, acudió a un médico particular general cuando sufrió una crisis, pagó por la consulta 21 dólares. Un médico especialista en diabetes de la zona de Justo Sierra cobraba exactamente lo mismo en las mismas fechas. Fue el hecho de que el consultorio se ubicase en una de las zonas residenciales de Guadalajara lo que le impidió acudir por aquel rumbo. En algunas ocasiones, a los enfermos se les sugirió acudir con algún especialista, con quien habíamos acordado anteriormente una cuota menor a 21 dólares por consulta, y a pesar de aclararles que les cobraría menos, ninguno acudió con ellos. El lugar donde se ubicaba el consultorio era un factor importante para decidir si se iba o no.

enciclopedias. De hecho, en ninguna de las casas de los enfermos se veían libros; el cuidado se desenvolvía en un ambiente donde la información no constituía un rasgo de la vida cotidiana, ni una necesidad social sentida.

En un ambiente donde la pobreza de información es la regla, el cuidado también refleja esta carencia de recursos cognitivos para enfrentarlo. El asunto es importante, porque el cuidado demanda el aprendizaje de conocimientos en torno a la enfermedad y su manejo terapéutico, así como de habilidades que faciliten el cuidado y su calidad. La ausencia de una base cognitiva previa puede hacer la diferencia entre un cuidado y otro. En una ocasión, a una de las cuidadoras le regalé un termómetro, pero para mi sorpresa a sus 42 años y con tres hijos, no sabía usarlo. Esto significa que el aprendizaje de procedimientos terapéuticos más complejos en un contexto de esta naturaleza se convierte en un obstáculo para el cuidado mismo. Durante la agonía de una de las enfermas, estando en el hospital con Lupe, la hija-cuidadora, llegó la enfermera y le dio la bolsa con el alimento licuado para conectarla a la sonda que tenía al estómago. Lupe no supo cómo hacerlo, al ayudarle le pregunté si las enfermeras le habían enseñado y me respondió que sí, pero que no había entendido el procedimiento. Una vez que concluimos el proceso me comentó que en la ocasión anterior ella retiró la bolsa antes de que se vaciara por completo, porque no sabía en qué momento hacerlo; evidentemente su madre sólo había recibido la mitad del alimento, pero no por negligencia, sino por desconocimiento. En este sentido, los procesos de aprendizaje se enfrentan a carencias previas en contextos de pobreza.

CUIDAR A UN ENFERMO CRÓNICO VIVIENDO EN LA POBREZA

La otra vía por la que la pobreza se articula con el cuidado es por las condiciones que impone a las mujeres para otorgar el cuidado. Dos condiciones hacían del cuidado una experiencia *pesada* en términos de que su tiempo y energía deberían responder a las demandas de la vida familiar en varias direcciones, no siempre compatibles entre sí. Esta tensión producida por una exigencia de responsabilidades simultáneas se manifestaba en dos situaciones: el trabajo remunerado y el cuidado de los niños.

El trabajo remunerado de las cuidadoras

Se afirma que el trabajo y el cuidado son incompatibles. Líneas atrás mencionaba que las cuidadoras trabajadoras se ven obligadas a hacer ajustes en sus horarios o a renunciar a su trabajo para dedicarse al cuidado, situación que no apareció entre las entrevistadas en Oblatos. Ahí, ellas combinaban trabajo

y cuidado, no por una opción personal, sino por la supervivencia de sus unidades domésticas. Entre este grupo, 12 de las 19 trabajaban y todos los hombres cuidadores también. La mayoría de ellas estaban insertas en el sector informal o tenían trabajos flexibles, que les permitían combinar cuidado y trabajo.*

Lo imprescindible del ingreso que aportaban estas cuidadoras para sus familias, se refleja en su permanencia en el mercado laboral. De las nueve esposas, siete trabajaban porque su aporte al ingreso familiar era fundamental, incluso algunas de ellas pasaron a ser jefas de hogar debido a que sus esposos dejaron de cumplir, temporal o permanentemente, su rol de proveedores económicos a causa de la enfermedad. En esta situación se encontraban cuatro de las esposas-cuidadoras, ya fuera en forma permanente o temporal. Para las demás, sus ingresos eran complementarios a los de sus esposos. Jesús vio mermado su ingreso una vez que se jubiló, por la presencia de dos hijos y una nieta que estudiaban la secundaria, preparatoria y la licenciatura, Angeles, su esposa, se vio obligada a buscar ingresos extras al de la pensión y el trabajo de fin de semana de Jesús.

En cambio, las hijas-cuidadoras pudieron en algún momento abandonar el trabajo remunerado porque sus maridos eran los proveedores económicos, pero aún así, algunas de ellas se vieron obligadas a regresar al mercado laboral más tarde. Estas mujeres fueron forzadas a combinar el cuidado con el trabajo por cuestión de supervivencia cotidiana, a pesar de que la literatura señale que cuidado y trabajo son incompatibles.

Las abuelas como cuidadoras de niños

Para ciertas cuidadoras, desempeñar varios roles simultáneamente es una realidad ineludible. Esta simultaneidad de roles familiares con el del cuidado, dio origen al acuñamiento del término «*cuidadora sándwich*», que se refiere a las mujeres adultas que quedan en medio de dos generaciones de dependientes, que demandan su total atención, por tanto son madres y cuidadoras de ancianos al mismo tiempo. Esto genera una competencia por los recursos, energía y tiempo que las obligan a balancear sus múltiples responsabilidades,

* Aunque el trabajo remunerado fuera o dentro del hogar es el elemento que subordina el cuidado al momento de establecer las rutinas de vida, las cuidadoras de Oblatos lo resolvían a través de una organización en donde había un respeto absoluto por el tiempo del trabajo, pasando la realización del cuidado durante el tiempo de no-trabajo.³⁴

pero sobre todo en relación con los cuidados de la generación ascendente y de la descendente.^{35,36} Este fenómeno de roles simultáneos se dio también en Oblatos, pero produciendo una acumulación mayor de roles a partir de las estrategias de supervivencia de estos grupos populares, y de una dinámica social más general.

El promedio de roles que desempeñaban las cuidadoras era de 4.6, considerando los roles familiares y sociales, número nada envidiable si consideramos que cada uno de ellos demandaba tiempo y energía. La diferencia se acrecienta cuando comparamos a hombres y a mujeres; los hombres-cuidadores desempeñaban 3.6 roles, en cambio las mujeres, cinco. Esta diferencia se incrementó más entre las esposas-cuidadoras, con 5.6 roles simultáneos, en comparación con las hijas-cuidadoras con 4.5. La menor cantidad de roles se dio entre los solteros, ya que cuando mucho desempeñaban el de cuidador y trabajador. La diferencia además de numérica también fue cualitativa.

La mayoría de las hijas y esposas-cuidadoras eran simultáneamente trabajadoras y amas de casa, al igual que la inmensa mayoría de mujeres que trabajan, ellas continuaban siendo las responsables del trabajo doméstico. Además eran cuidadoras no únicamente del enfermo adulto/anciano, sino también de dependientes de generaciones descendentes en primer y segundo grado: hijos y nietos, lo cual implicaba que algunas de ellas cuidaran simultáneamente a los hijos, a los nietos pequeños y al enfermo.

Esta saturación de roles derivaba de las estrategias de supervivencia de las familias de los sectores populares: la creación de unidades domésticas con familias extensas y el cuidado de niños por parte de las abuelas. La presencia de familias extensas originó que las cuidadoras se desarrollaran en ambientes donde la demanda de cuidado a niños y ancianos fuera más la regla que la excepción y, en general, ellas debían responder a ambas demandas. Refugio, María de Jesús, Nicolasa y María desempeñaban el rol de cuidadoras de niños pequeños, de sus nietos, y de sus esposos. Lo mismo sucedía con las hijas-cuidadoras que ya eran abuelas, sus hogares se convirtieron en estancias diurnas de niños escolares, debido a que sus hijas casadas que trabajaban, dejaban a sus hijos en la casa paterna para que las abuelas los cuidaran y/o los enviaran a la escuela y los recibieran al final de la jornada escolar. Incluso se convirtieron en madres sustitutas, como María y María de Jesús, que asumieron totalmente la crianza de algunos nietos porque las hijas, madres solteras, no se responsabilizaron de ellos. La permanencia de sus hijas en el mercado laboral dependía de que ellas, como abuelas, cuidaran de sus nietos, sin importar que al hacerlo tuvieran una vida saturada de responsabilidades hacia dependientes de casi todas las generaciones.

SER UNA CUIDADORA EN LA POBREZA:
NO TODAS LAS EXPERIENCIAS SON IGUALES

En Oblatos se aseguraba que había pobres y ricos. Esta desigualdad social trasminaba las condiciones sociales en que las mujeres otorgaban el cuidado, produciendo que no todas las experiencias se vivieran de igual manera. Para ejemplificar, utilizaré la historia de María de Jesús, quien provenía de una familia compuesta de tres hermanos varones y dos hermanas, ella era la menor de las mujeres, se casó a los 15 años y procreó siete hijos: cinco hombres y dos mujeres. Los primeros años de su vida matrimonial fueron de extrema pobreza, época en la cual su madre le ayudaba permanentemente. María de Jesús fue quien cuidó a más enfermos de entre todas las cuidadoras entrevistadas en Oblatos: su madre, su esposo, su suegra, su padre y un hermano. Pero ninguna de estas experiencias fue igual, cada una la vivió de manera diferente debido a las circunstancias particulares en que se desarrollaron. Para ilustrar estas diferencias, comparo dos de sus experiencias: la de su madre y la de su esposo.

El cuidado a su madre comenzó con una fase de semi-cuidado que duró 16 años y que se caracterizó más por intercambios y ayuda mutua que por un cuidado pleno. En 1972, su madre comenzó a empeorar y a necesitar más cuidados en torno al manejo del padecimiento y otras esferas de la vida, característicos de una fase de deterioro. Durante 10 años el cuidado se fue incrementando y más a partir de 1977 cuando su madre sufría de comas diabéticos y hospitalizaciones frecuentes, hasta que murió en 1982.

En 1968, siendo cuidadora de su madre, a su esposo Emiliano le diagnosticaron diabetes. Los primeros 10 años no tuvo problemas, pero a partir de 1990, ocho años antes de su muerte, se empezó a deteriorar su salud a tal punto que en 1993 dejó de trabajar. Al año siguiente sufrió un accidente vascular cerebral con serias secuelas. Al principio podía moverse sin ayuda, pero con el paso de los años quedó casi totalmente recluso en su cama y cada vez peor de la diabetes. Fue hospitalizado en varias ocasiones, sobre todo durante el año previo a su muerte, asimismo sufrió varias caídas. Finalmente, una noche mientras María de Jesús estaba trabajando, sufrió un infarto al miocardio y murió.

A pesar de que las trayectorias de la enfermedad de su madre y de su esposo fueron similares, María de Jesús calificaba el cuidado a su madre como que no fue *pesado*, en cambio el de su esposo sí. La diferencia no fue a causa del padecimiento, sino por las condiciones en las cuales tuvo que cuidar a cada uno.

Cuando cuidó a su madre, María de Jesús vivía en un hogar separado y nunca se estableció la co-residencia entre ambas para efectos del cuidado,* sus casas estaban a una distancia de cuatro cuadras en el barrio de Oblatos. Tampoco abandonó su trabajo, permaneció activa laboralmente todo el tiempo que cuidó a su madre. En aquel momento, María de Jesús era una mujer joven de 32 años con hijos menores de cinco, su familia había terminado la fase de expansión pero faltaban más de 10 años para que comenzara la de dispersión. La valoración positiva de la experiencia del cuidado que hacía María de Jesús provenía de la ayuda que recibió durante el tiempo que cuidó a su madre, dos circunstancias explican esta percepción: la ayuda económica y la sustitución parcial de sus roles domésticos.

La ayuda económica fue otorgada por uno de sus hermanos, el «hermano rico». Este aporte permitió que fuera otro quien sufragara los gastos económicos de la atención a la madre, incluyendo el pago de hospital privado y su manutención, liberando a María de Jesús de esta responsabilidad. Ella contaba que su hermano sólo le decía «no, aunque se gaste tanto, tú no te preocupes por lo que se gaste...». Este apoyo se extendió para contratar a una señora que la cuidara durante el día,** mientras María de Jesús trabajaba y ella la cuidaba durante las noches. La sustitución de roles domésticos fue otra ayuda que recibió, por parte de su esposo, quien se hizo cargo de las funciones vinculadas con la asistencia de los hijos a la escuela y con la preparación de alimentos.

Estas condiciones durante el cuidado a su madre no se repitieron cuando cuidó a su esposo. Cuando esto sucedió, sus hijos se habían casado y abandonado el hogar paterno, ella era una adulta madura de 42 años y continuaba trabajando como enfermera en el turno diurno en un sanatorio particular. Las dificultades económicas fueron una constante durante todo el tiempo que cuidó a su esposo, mencionaba que no recibió ayuda económica de sus hijos, a pesar de haberla pedido; tampoco su hermano «el rico» lo hizo. En su casa,

* Esta característica sólo se presentó en el caso de María de Jesús respecto de su madre. Esta excepción se dio precisamente por las condiciones idóneas en que desempeñó su rol, que no estuvieron presentes en ninguna de las experiencias de las otras hijas-cuidadoras.

** Fue el único caso de contratación de un cuidador formal en Oblatos, en el resto de las familias el asunto ni siquiera fue considerado. La razón pudo ser la falta de recursos económicos para pagar a un cuidador formal por largos períodos de tiempo. Una persona dedicada a trabajar como cuidadora formal, no enfermera, cobraba 18.45 dólares por una jornada de 12 horas (dato proporcionado por un médico privado de ancianos, en una conversación informal en 1997). Esto representaba en un mes 4.5 veces más de lo que percibían de pensión por jubilación por parte del IMSS varios de los enfermos y una cuidadora de Oblatos.

ella era la que aportaba el ingreso principal, ya que su esposo no trabajaba; su hija Olivia, aunque era vendedora en el tianguis, rara vez contribuía a los gastos de la unidad doméstica y su hijo Rodolfo le daba 10.10 dólares a la semana, aunque no siempre. Bajo estas circunstancias ella dependía completamente de su ingreso como trabajadora para hacer frente a las demandas económicas del cuidado, de su hogar y de ella misma. Este abandono económico era reiterado en sus conversaciones. En alguna ocasión le pregunté si no pensaba dejar de trabajar a causa de las molestias que le provocaba la diabetes,* la respuesta fue que no. Lo mismo le contestó a un médico del sanatorio donde trabajaba:

... un doctor que está ahí me dijo 'oiga chinita usted está diabética ¿verdad?', sí, '¿y por qué no deja de trabajar?', ¡ay doctor! hasta la pregunta es necia, cómo quiere que deje de trabajar pues si no tengo yo de qué vivir, si tuviera pues sí dejaba de trabajar, pero no...

Para ella su situación era clara. Si renunciaba perdería no sólo su ingreso sino también la atención médica de la seguridad social y, en consecuencia, no tendría ni para vivir, ni para hacer frente a los gastos de la atención. Además perdería el derecho a la pensión por jubilación como trabajadora asalariada. Y es que su esposo recibía atención médica en el IMSS porque estaba registrado como beneficiario de ella. De otra manera, se vería obligada a acudir a la asistencia pública o a la medicina privada y, ni aún trabajando hubiera podido pagar cualquiera de las dos. De ahí que su percepción acerca de las condiciones de cuidado entre su madre y su esposo fueran tan diferentes. La comparación entre ambas con respecto a lo económico se ilustra en esta reflexión que hizo un año después de la muerte de su esposo:

... porque nunca yo batallé con ella económicamente él [su hermano] me decía 'no, aunque se gaste tanto, tú no te preocupes por lo que se gaste', él no le hace lo que se gaste pos económicamente con mi mamá no batallé y con mi esposo sí batallé económicamente, pos quién me daba, eda', ¡nadie!, nadie me daba, entonces sí batallé con él económicamente, porque a veces en el seguro no tenían las pastillas y luego a veces en el seguro no lo recetan bien a uno y lo llevaba allá con particular y pos' a comprar los medicamentos y ya estaban caros los medicamentos -¿cómo le hacía para hacer todo eso?- pues de lo que ganaba, o de lo que les pedía a mis hijos, verdad, y con

* Ma. de Jesús padecía diabetes desde 1983 con una trayectoria relativamente estable, pero a partir de 1997 aparecieron molestias vinculadas con una complicación en sus piernas.

mi mamá no pedía, nadie más que mi hermano, era él que me decía 'toma, tú no te preocupes por eso'...

Otro hecho derivado del abandono económico era el no poder ofrecer una atención médica de mejor calidad a causa de sus escasos ingresos. Para María de Jesús la atención médica del IMSS era de tan mala calidad que no ayudaba realmente a los enfermos, mientras que la privada era mejor. Esa había sido la experiencia con su madre; aunque ella en ocasiones hizo esfuerzos por buscar alternativas privadas, los costos la obligaron a regresar y aceptar la *mala atención* del IMSS. Esto se dio sobre todo al final de la trayectoria de su esposo, ya que las hospitalizaciones eran recurrentes y en las condiciones económicas en las que se encontraba, no tenía opciones.

La segunda condición que estuvo ausente durante el cuidado a su esposo fue la sustitución parcial del desempeño de otros roles que la liberaran de la sobrecarga. Esta situación fue percibida como un abandono social y moral de parte de sus hijas, lo cual no sucedió con su madre ya que en ese entonces su esposo la ayudó incondicionalmente. Ella sabía que nadie la apoyaría y que estaba sola para enfrentar cualquier eventualidad en torno al cuidado a su esposo, su situación era complicada pues debía continuar trabajando, por esa razón cuando él pasó a la fase de deterioro, ella decidió cambiarse en su trabajo al turno nocturno para poder atenderlo durante el día.

La diferencia en las condiciones de cuidado entre su madre y su esposo fueron la razón por la que su respuesta a mi pregunta de con quién se le hizo más difícil, fuera de inmediato: «*no pos', o sea, no se dice difícil, cansado, no pos con mi esposo... se me hizo más pesado con mi esposo...*». Razones tenía para afirmarlo.

Las inmejorables condiciones de cuando María de Jesús fue hija-cuidadora no se repitieron cuando fue esposa-cuidadora, situación parecida con otras mujeres de Oblatos, donde las condiciones en que algunas otorgaban el cuidado eran mejores que las de otras, a pesar de pertenecer al mismo grupo social.

La posibilidad de experimentar buenas condiciones para el cuidado no fueron porque se contara con algún «hermano rico», sino porque su red social contaba con recursos suficientes para enfrentar el cuidado al enfermo en condiciones más desahogadas que otras. Los hijos de los enfermos eran cruciales para marcar la diferencia, ya fuera como hijos de la esposa-cuidadora o como hermanos de la hija-cuidadora. Cuatro eran los factores que hacían la diferencia: inmigrantes internacionales, hijos con pequeños negocios, la sustitución de algunas funciones de los otros roles sociales del cuidador y contactos de segundo y tercer orden de la red social.

Los recursos económicos

Una mayor disponibilidad de recursos económicos constituían la diferencia crucial entre la experiencia con su madre y su esposo en el caso de María de Jesús, elemento que también se repetía en el caso de otras cuidadoras. La existencia de hijos inmigrantes en Estados Unidos o que algún hijo fuera dueño de un negocio constituía un medio para enfrentar la pobreza con mejores posibilidades.

Las remesas han servido para la reproducción social de las familias al utilizarse en alimentos, vestido, educación e invertir directa o indirectamente en varias áreas de la economía,³⁷ pero para el caso de los enfermos en Oblatos, éstas jugaban un papel importante en la calidad de la atención a la enfermedad crónica. Los inmigrantes internacionales no sólo marcaron la diferencia con respecto al nivel de bienestar general de las familias, sino también con respecto a la experiencia del cuidado. Las esposas e hijas cuidadoras con inmigrantes internacionales enfrentaban menos dificultades económicas, en relación con quienes carecían de este recurso en su red social. El mismo papel jugaron los dueños de negocios. Por ejemplo, María no contaba con hijos en Estados Unidos, pero su hijo Alfredo era dueño de un negocio próspero que reemplazaba esas remesas por aportaciones seguras y permanentes.

Las familias que carecían de inmigrantes en Estados Unidos enfrentaban una vida más difícil, dado que los recursos competían por múltiples demandas. En los hogares donde no había hijos inmigrantes o que fueran dueños de negocios, las condiciones de las viviendas eran precarias, pero esta situación también se percibía en los insumos y los servicios de salud a los que no podían acceder.

Los hijos inmigrantes jugaban un papel central en la posibilidad de pagar los costos de atención privada, pero también en el acceso a la tecnología médica. Hoy día es común que los médicos recomienden el monitoreo del azúcar en casa, lo que es posible gracias a un glucómetro. Los que poseían este tipo de aparatos eran los que tenían hijos inmigrantes en Estados Unidos, que los compraron allá y se los enviaron.* Moisés sin acceso a la seguridad social tenía dos hijos inmigrantes, quienes afrontaban los principales gastos de la atención médica de su padre, incluyendo una cirugía de ojos. Moisés poseía dos glucómetros que le enviaron sus hijos, uno de los cuales lo regaló

* En marzo de 2000 el costo de un aparato de estos fluctuaba entre 76 y 107 dólares; el costo anual por medirse el azúcar tres veces por semana era de 123.69 dólares, de 288.62 cuando es diario y de 577.24 cuando se realiza dos veces al día.

a un hermano también enfermo de diabetes. Igual sucedía con los costos de la hospitalización privada, los hijos inmigrantes pagaron el servicio cuando hubo situaciones de extrema gravedad. Rafael sufrió una embolia y fue hospitalizado en lo particular; su hijo menor pidió prestado para cubrir el adeudo con el hospital y después se fue a Estados Unidos a trabajar para poder pagar la deuda. Una práctica que en el pasado ya se había dado con respecto a su padre y con su madre, que años antes habían muerto a causa de la diabetes, cada vez que eran hospitalizados, su hijo migraba a los Estados Unidos.

Una comparación entre Julieta y Eva –ambas cuidadoras–, da claridad sobre cómo los recursos económicos pueden hacer la diferencia en lo que se puede ofrecer al enfermo. A la madre de una y a la hija de la otra, se les prescribió la diálisis ambulatoria. Para cumplir con esta prescripción se necesita destinar un cuarto de la vivienda exclusivamente a ello, además de comprar insumos para realizarla, ya que no siempre la seguridad social los suministra –cuando se tiene acceso a ella.

La familia de Aurora, la madre de Julieta, fue capaz de introducir la diálisis a la vida del hogar, por lo que al fondo de la planta baja se acondicionó un cuarto para llevarla a cabo. Aurora vivía en la casa de su padre Rafael (también enfermo de diabetes), junto con su hija Julieta. A la entrada de la cochera de la casa había varias cajas con las bolsas y las sondas que se requieren para la diálisis. La hermana de Aurora, Estela, hija-cuidadora de su padre, me comentaba que siempre tenían suficiente de esto porque a veces se utilizaban hasta cuatro bolsas al día para la diálisis de su hermana, nunca faltaban. En el hogar de Aurora había un hermano inmigrante en Estados Unidos, dos hombres proveedores económicos, además de su esposo quien contaba con un empleo formal. Y si no fuera suficiente, los hermanos de Aurora la apoyaban económicamente.

En cambio para Eva cumplir con esta prescripción hubiera significado una catástrofe, por lo que se negó a que su hija Sofía se sometiera a diálisis con el siguiente argumento:

... entonces sale peor oiga, como es en el hospital tiene uno que andar comprando las bolsas esas que le tienen que estar cambiando, entonces me sale igual o peor, porque las bolsas esas las venden, eso fue lo que me dijo un muchacho mío: ‘no madre, mejor que no le hagan porque tú con qué vas a comprar, mi suegro no sé qué tanto gastaban, cosa que se le acababa y ‘ai vamos a Pachuca a comprarle porque no’, ¡hey pues!, ya le digo por la diálisis me sale peor...

Esta negativa de Eva era comprensible en el contexto de sus precarias condiciones de vida. Era una anciana, viuda, con todos sus hijos casados y enferma de diabetes. Un año antes de morir su hija, un día llegó su yerno y

simplemente le dejó a Sofía; la explicación de Eva fue que «*nomás la vio bien mala y la corrió, y ya él se volvió ojo de hormiga*». Eso significaba que no aportaba para los gastos de manutención ni de atención médica de Sofía. En la unidad doméstica de Eva, además de ella vivía un nieto, a quien crió desde niño, precisamente hijo de Sofía. El joven de 18 años cuando encontraba trabajo de peón, le daba 10.14 dólares a la semana; Eva completaba el ingreso de su pensión de viudez con la venta de dulces y botanas a la puerta de su casa. Como Sofía carecía de seguridad social, una sobrina de Eva les *arregló* que fuera atendida en el hospital del IMSS. A pesar de esta ayuda, Eva debía comprar los medicamentos, por ejemplo, la insulina. Como sus ingresos no eran suficientes, recurría con frecuencia a Cáritas para que la ayudaran con los gastos. Y cuando «*el muchacho... me da 100 pesos [10.14 dólares], voy y me lo llevo a comprar una medicina que se acaba y ya me quedo sin nada...*». Bajo estas condiciones de pobreza, la prescripción de una diálisis ambulatoria simplemente constituía un atentado a la supervivencia de Eva y su unidad doméstica.

Otra dimensión donde los recursos económicos son fundamentales es en la posibilidad de contar con un *proveedor económico para el cuidado*. Si alguien de la familia asumía este rol, las cuidadoras no se veían forzadas a continuar como trabajadoras remuneradas. Aquellas esposas e hijas cuidadoras que no trabajaban era porque un hijo o un hermano resolvía lo económico, dejándolas a ellas sólo con la responsabilidad del cuidado. Emilia, a pesar de sus 82 años y cuidando de su esposo de 92 y a su hija de 59 años, se encontraba con la única responsabilidad de atenderlos a ambos, porque de todo lo económico respondían sus hijos. Un hijo e hija inmigrantes en Estados Unidos enviaban remesas periódicas y otro hijo que vivía en la colonia contigua a Oblatos, dueño de una tienda de abarrotes, complementaba el aporte para los gastos de ellos tres. Emilia, a pesar de vender dulces a la puerta de su casa, tenía asegurado un ingreso económico. Tal vez por eso, cuando conversaba con ella su única preocupación era la salud de su esposo, pero no la estrechez económica. Lo contrario a las cuidadoras que trabajaban, para quienes el dinero era una preocupación permanente en sus conversaciones.

Los recursos sociales

En Oblatos los recursos sociales no era homogéneos para todas las esposas e hijas cuidadoras, en ellas la situación se polarizaba: se contaba con recursos o no los había. Esto ubicaba a las cuidadoras en inmejorables condiciones, como las que vivió María de Jesús cuando cuidó a su madre, o en una experiencia de carencias permanentes, como cuando cuidó a su esposo. Dos elementos de las redes sociales jugaban un papel importante para disminuir las cargas del

cuidado: alguien que apoye en forma rutinaria y tener contactos sociales para acceder a bienes y servicios.

La existencia de alguien más involucrado en el cuidado o que reemplace parcialmente a la cuidadora de sus responsabilidades de sus otros roles era un recurso que la red social aportaba a las cuidadoras. Esta ayuda implicaba, en muchas ocasiones una disminución de la sobrecarga de trabajo que representa una saturación de roles familiares y sociales al momento del cuidado. Esta ayuda provenía de dos fuentes: un cuidador secundario y una fuente de apoyo.

Si bien los cuidadores secundarios eran una respuesta generada a partir de tensiones originadas por cuestiones de género,* simultáneamente supuso una ayuda para la cuidadora primaria. María de Jesús contó con un cuidador secundario, aunque pagado, en quien descargó parte del trabajo del cuidado a su madre. En el mismo sentido funciona un cuidador secundario: sustituir algunas de sus funciones en el cuidado; la existencia de un cuidador secundario se dio más entre las esposas-cuidadoras ancianas.

Las fuentes de apoyo en cambio, no disminuían las cargas del cuidado sino las de sus otros roles, dejando más tiempo y energía para aquél. María de Jesús fue afortunada durante el cuidado a su madre, ya que dispuso de una cuidadora secundaria y su esposo la descargaba de algunas de sus responsabilidades como madre y esposa. Eran las hijas-cuidadoras quienes recibían este tipo de ayuda, sus hijos mayores se responsabilizaban del cuidado de sus hermanos más pequeños. Pero este apoyo lo recibían sólo cuando aún tenían la responsabilidad de la crianza de niños, y nunca con respecto a sus otros roles sociales. Aun así, implicaba una descarga parcial de responsabilidades.

Los contactos sociales eran otro mecanismo que mejoraba la calidad del cuidado y muchas veces la calidad de la atención médica a los enfermos. Los contactos de algunos de los hijos con una posición económica mejor que la de sus hermanos permitía el acceso a otras vías para mejorar la calidad de los servicios ofrecidos a los enfermos.

Cuando Manuel sufrió una embolia fue hospitalizado inicialmente en un sanatorio particular y después se le trasladó al Centro Médico Nacional de Occidente del IMSS. María platicó que, como en el Centro Médico no atendían a su esposo a pesar de la gravedad de la situación, su hijo Alfredo intervino

* Cuando la relación enfermo-cuidador era de hombre-mujer aparecían tensiones en algunas áreas del cuidado a causa del sexo del cuidador, que se resolvían a través de la creación de una díada: cuidador primario-cuidador secundario, formada por hombre y mujer.

... no lo estaban atendiendo, nomás lo tenían acostado, cuando no tenía muy alta el azúcar, no lo podían operar, no le podían hacer estudios, que le iban a estudiar por qué tenía el azúcar muy alta, no había camas en su piso que debería de estar, ¡eh!, puras cosas que no lo atendían, no lo atendían, ahí nomás, este, yo creo que por eso muchas personas se les mueren porque no los atienden. Ahí también necesita uno de tener palancas para que lo atiendan muy bien, ahí en el Centro Médico para unas enfermedades duras, entonces el muchacho [Alfredo] es muy movido y conoce personas pues, entonces conoce a un jefe que fue de él y que trabajaba, o sea, no sé por qué, en qué forma conocieron a ese muchacho que se encargaba del Centro Médico, que es el que dirige a todos y ya le comentó que lo tenía internado [a su papá], mire no les miento pero tenía, llevaba él un mes allí y no había camas, no lo habían operado, tenía el azúcar alta y nomás habló con ese jefe 'y no pues sabes que me hubieras dicho antes', no le miento... como a las ocho y media o nueve habló mi hijo dice 'mi papá ya está en su piso que debe ser y ya está en una cama él solo'... fue un viernes, para el lunes ya le habían hecho el estudio ese y esa misma semana le operaron la cabeza...

Esta dilación en la atención a Manuel era considerada como un factor central para su supervivencia, por eso buscaron mecanismos a fin de que le brindaran una rápida atención. Su hijo Alfredo pudo hacerlo porque es dueño de un negocio de reparación de plantas de luz para hoteles y establecimientos, ámbito en el cual ha establecido una serie de contactos sociales que a su vez le permiten acceder a otros recursos sociales que ni su red social ni el contexto del barrio le ofrecen. De no haber mediado los contactos de su hijo, Manuel seguramente hubiera sido operado semanas más tarde, con un peor pronóstico de recuperación.

Cuando se vive en la pobreza se puede enfrentar al cuidado en mejores condiciones, si las redes sociales pueden apoyar con recursos para aliviar tanto las cargas económicas, como las de trabajo, pero asimismo moldear la experiencia con menos tensión y desesperanza.

REFLEXIONES FINALES

Los análisis a nivel micro en contextos particulares para analizar diferencias sobre lo que ofrece el cuidado, así como acerca de las condiciones en que se otorga, es una vía de indagación en la compleja relación entre la pobreza y el cuidado a dependientes adultos y ancianos. Este es un tema ineludible en la agenda de investigación, ya que el cuidado comienza a ser un área prioritaria en el campo de la salud, debido al envejecimiento y el aumento de las enfermedades crónicas en los panoramas demográficos y epidemiológicos a nivel mundial. No sólo es necesario documentar este fenómeno a nivel macro, sino también en sus expresiones micro, espacios donde las desigualdades y dife-

rencias pueden ser documentadas con una cara más humana y no sólo a través de cifras. Los resultados encontrados en Oblatos alientan a continuar en esta línea de trabajo, paralelamente con estudios poblacionales nacionales y regionales sobre las características del cuidado y las cuidadoras.

Analizar las diferencias permite entender procesos que a nivel macro tienen un significado, pero que a nivel microsocioal puede cambiar rotundamente. Una de las tesis esgrimidas con respecto a la desvalorización de las mujeres cuidadoras, es que a causa del cuidado se convierten en dependientes económicas de terceros. La explicación es que en el cuidado se crea una relación triádica y no diádica como se supone en primera instancia. En este tipo de relaciones hay dos dependientes y no uno: el anciano o dependiente y la cuidadora. Esta última es a su vez dependiente de un tercero, quien hace las veces de “proveedor” y quien asegura el apoyo económico y los servicios para que ella pueda dedicarse completamente al cuidado. El convertirse en una dependiente económica, es para muchas autoras uno de los procesos de desvalorización de la mujer cuidadora.^{1,38,39} Pero cuando la pobreza interviene, contar con un proveedor económico para el cuidado puede hacer la diferencia entre una experiencia llena de carencias y tensiones, como la que vivió María de Jesús con su esposo, o la de un cuidado sin estrechez económica. Lo que en contextos de clase media puede constituir una desvalorización, en la pobreza urbana es contar con más recursos para enfrentar al cuidado en mejores condiciones. Lo que me interesa enfatizar es que los procesos sociales no siempre adquieren el mismo significado, función y valorización cuando se toman en consideración los contextos sociales donde se dan, a través de un análisis microsocioal.

En esta misma línea de pensamiento todavía queda mucho por indagar y profundizar en procesos de desigualdad social en torno al cuidado. En México y otros países mesoamericanos e ibéricos, una norma cultural en las áreas rurales protegía al ultimogénito hombre o mujer cuidador de los padres ancianos, de un empobrecimiento durante y posterior al cuidado a través de la herencia de la casa, negocios o tierras, que garantizaban un ingreso para su supervivencia.⁴⁰⁻⁴² Dicha norma se ha modificado a lo largo del siglo XX. En los sectores populares, a pesar de sus orígenes rurales, la herencia desaparece de la norma. Son las hijas menores quienes cuidan a los padres ancianos, pero no reciben herencia alguna.⁴³ Arias⁴⁴ documenta en una colonia popular contigua a Oblatos, cómo en vez de heredar la casa la hija cuidadora, los padres favorecen a un hijo varón, el asunto es que despojan a la hija cuidadora de un recurso social que podría aliviar su empobrecimiento. Los mecanismos de empobrecimiento son múltiples y es necesario iniciar su indagación y explicación.

Lo que en Oblatos acontecía con estas cuidadoras muestra cómo los contextos sociales, a nivel general y particular, articulan distintos escenarios donde la vivencia y la experiencia del cuidado adquiere matices particulares. Es indudable que el cuidado es una acción social desvalorizada e invisible, pero también es cierto que a estas desventajas se les pueden añadir otras más, convirtiendo al cuidado en un proceso complejo. La pertinencia de estudios microsociales comparativos y de profundización al interior de grupos específicos es indiscutible; estas alternativas teóricas y metodológicas nos permitirán entender y explicar esos cambios y diferencias que no siempre son comprensibles a partir de los cambios macrosociales.

Los estudios sobre el envejecimiento han dado prioridad a la mirada de sus actores centrales: los ancianos, pero la vejez no es un fenómeno que lo vive y sufre sólo quien envejece, sino también los otros. Una de las razones de la existencia del cuidado es precisamente porque la vejez produce a un sujeto dependiente que requiere de otros para sobrevivir. Y el cuidado es una acción social que realiza otro, y no el anciano. Las cuidadoras son sujetos sociales involucrados en el envejecimiento, y su mirada también es central para una comprensión de las consecuencias sociales, económicas, políticas y culturales que tiene el hecho de que la sociedad moderna sea una sociedad envejecida. Las miradas centralizadas en los viejos, desgraciadamente, olvidan indagar sobre otras condiciones implicadas en la vejez. El cuidado es una de ellas, pero hay otras más que requieren ser incluidas en la agenda. Los cambios culturales y sociales en el funcionamiento de una sociedad envejecida genera tensiones en varios niveles: con las generaciones jóvenes, entre hombres y mujeres, en la prolongación de la vida, en el reemplazo de la fuerza de trabajo, sólo por mencionar algunas. El reto está en ver a la vejez no sólo a partir de la mirada de los viejos, sino también desde la perspectiva de los otros.

Referencias

1. Kittay EF. *Love's labor. Essays on women, equality and dependency*. New York: Routledge, 1999.
2. Finch J, Groves D, ed. *A labour of love, (Introduction)*: London: Routledge and Kegan Paul, 1983:1-10.
3. Fraser N. *Unruly practices. Power, discourse and gender in contemporary social theory*. Minneapolis: University of Minnesota Press, 1989.
4. Williams J. *Unbending gender. Why family and work conflict and what to do about it*. Oxford: Oxford University Press, 2000.
5. Boaz R, Muller CF. Paid work and unpaid help by caregivers of the disabled and frail elders. *Medical Care* 1992;30(2):149-159.

6. Covinsky KE, Eng C, Lui L-Y, Sand P, Sehgal AR, Walter LC, Wieland D, Eleazer GP, Yafe K. Reduced employment in caregivers of frail elders: impact of ethnicity, patient clinical characteristics, and caregiver characteristics. *J Gerontology* 2001;56A(11):M707-M713.
7. Ettner SL. The opportunity costs of elder care. *J Human Resources* 1996;XXXI(1): 189-203.
8. Ettner SL. The impact of "parent care" on female labor supply decisions. *Demography* 1995;32(1):63-80.
9. Gregory R, Disler P. Caregivers of people with multiple sclerosis: a survey in New Zealand. *Rehabilitation Nursing* 1996;21(1):31-37.
10. Merrill DM. *Caring for elderly parents*. Westport: Auburn House, 1997.
11. Scharlach AE. Caregiving and employment: competing or complementary roles? *Gerontologist* 1994;34(3):378-385.
12. Singleton J. Women caring for elderly family members: shaping non-traditional work and family initiatives. *J Comp Fam Stud* 2000;31(3):367-375.
13. Wright F. Single careers: employment, housework and caring. En: Finch J, Groves D, ed. *A labour of love*. London: Routledge and Kegan Paul, 1983:89-105.
14. Greene V, Coleman P. Direct services for family caregivers: Next steps for public policy. En: Kane R, Penrod J, ed. *Family caregiving in an aging society. Policy perspectives* 1995;5:46-63. Thousand Oaks: SAGE publications.
15. Sussman M. Family change and family bonding: conceptual and policy issues. En: Liu W, Kending H, ed. *Who should care for the elderly?* Singapore: Singapore University Press World Scientific, 2000:55-67.
16. Ungerson C. Why do women care? En: Finch J, Groves D, ed. *A labour of love*. London: Routledge and Kegan Paul 1983:31-49.
17. McDaniel SA. Women's changing relations to the state and citizenship: caring and intergenerational relationship globalizing western democracies. *The Canadian Review of Sociology and Anthropology* 2002;39(2):125-150.
18. O'Connor JS. Dependence, independence and interdependence. *Current Sociol* 1996;44(2):30-47.
19. Hondagneu-Sotelo P. The international division of caring and cleaning work. En: Harrington M. *Care work gender labor and the welfare state*. New York: Routledge, 2000:149-162.
20. Tronto JC. The "nanny" question in feminism. *Hypatia* 2002;17(2):34-51.
21. Spitzer D, Neufeld A, Harrison M, Hughes K, Stewart M. Caregiving in transnational context. "My wings have been cut; where can I fly?" *Gender Society* 2003;17(2):267-286.
22. Strauss A, Corbin J. *Basics of qualitative research. Grounded Theory, procedures and techniques*. Newbury Park: Sage Publications, 1990.
23. González RD. Jalisco desde la revolución. En: *Arquitectura y desarrollo urbano*. Vol. X. Guadalajara: Universidad de Guadalajara, 1988.
24. Gilbert A. *La ciudad latinoamericana*. México: Siglo XXI, 1997. Edición original, Londres: Latin America Bureau, 1994.

25. Wario E. La planeación urbana en Guadalajara y su zona conurbada. En: Arroyo J, Velázquez L, comp. Guadalajara en el umbral del siglo XXI. Guadalajara: Universidad de Guadalajara, 1992:364-376.
26. González de la Rocha M, Escobar A, Martínez M. Estrategias versus conflicto: reflexiones para el estudio del grupo doméstico en época de crisis. En: De la Peña G, Durán M, Escobar A, García de Alba J, comp. Crisis, conflicto y sobrevivencia. Estudios sobre la sociedad urbana en México. Colección Jornadas Académicas, Serie: Coloquios. Guadalajara: Universidad de Guadalajara/Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS), 1990:351-366.
27. Selby H, Murphy A, Lorenzan SA, Cabrera I, Castañeda A, Ruiz I. La Familia en el México urbano. Mecanismos de defensa frente a la crisis (1978-1992). México, DF: Consejo Nacional para la Cultura y las Artes, 1994.
28. Rubinstein R. Culture and disorder in the home care experience: The home as sickroom. En: Gubrium J, Sankar A, ed. The home care experience. Ethnography and policy. Newbury Park: Sage Publications, 1990:37-58.
29. Albert S. The dependent elderly, home health care and strategies of household adaptation. En: Gubrium J, Sankar A, ed. The home care experience. Ethnography and policy. Newbury Park: Sage Publications, 1990:19-38.
30. Mackenzie A, Holroyd E. An exploration of the careers' perception of caregiving and caring responsibilities in Chinese families. *Int J Nurs Stud* 1996;33(1):1-12.
31. Mercado-Martínez FJ, Alcántara-Hernández E, Lizardi-Gomez A, Benitez-Morales R. Utilización de los servicios de salud en México: perspectivas de los individuos con diabetes. *Atención Primaria* 2003;31(1):10-17.
32. Vázquez D. La urbanización de Guadalajara. Capítulos de la historia de la ciudad de Guadalajara. En: Rendón L, coord. Capítulos de historia de Guadalajara. Tomo I. Guadalajara: Ayuntamiento de Guadalajara, 1992:39-70.
33. Toseland R, Rossiter M. Group interventions to support family caregivers: A review and analysis. *Gerontologist* 1989;29(4):438-48.
34. Robles L. Doble o triple jornada: el cuidado a los enfermos crónicos. *Estudios del Hombre* 2003;17:75-99.
35. Reid J, Hardy M. Multiple roles and well-being among midlife women: testing roles strain and role enhancement theories. *J Gerontol* 1999;54(6):s329-s338.
36. Penning M. In the middle: Parental caregiving in the context of other roles. *J Gerontol* 1998;53b(4): s188-198.
37. Durand J, Parrado EA, Massey DS. Migradollars and development: a reconsideration of the Mexican case. *Int Migration Rev* 1996; XXX(2):423-444.
38. Wood JT. Who cares? Women, care, and culture. Chicago: Southern Illinois University Press, 1994.
39. Sevenhuijsen S. Citizenship and the ethics of care. Feminist considerations on justice, morality and politics. London: Routledge, 1998.

40. Arias P. El mundo de los amores imposibles. Residencia y herencia en la sociedad ranchera. En: Robichaux D, comp. Familia y parentesco en México. Unas miradas antropológicas. Vol. I. México, DF: Universidad Iberoamericana, 2003. En prensa.
41. Robichaux D. Residence rules and ultimogeniture in Tlaxcala and Mesoamerica. *Ethnology* 1997;36(2):149-171.
42. Robichaux D. Un modelo de familia para el "México profundo". En: DIF. Espacios domésticos: ámbitos de solidaridad. México, DF: DIF, 1997:187-213.
43. Robles L. La designación de cuidadoras de padres enfermos. La ultimogenitura femenina en un sector popular urbano. En: Robichaux D, comp. Familia y parentesco en México. Unas miradas antropológicas. Vol. I. México, DF: Universidad Iberoamericana, 2003. En prensa.
44. Arias P. Las nuevas estrategias de un viejo dilema. ¿Quién hereda la casa en los contextos populares urbanos? Ponencia presentada en el 51º Congreso Internacional de Americanistas, 14-18 de julio de 2003, Santiago de Chile.

SALUD FÍSICA DE LOS MEXICANOS MIGRANTES MAYORES EN LOS ESTADOS UNIDOS

RONALD J. ANGEL, JACQUELINE L. ANGEL,
KYRIAKOS S. MARKIDES.

INTRODUCCIÓN

La frontera definida por el Río Bravo representa en realidad una ficción como esas que en otras partes del mundo separan y enajenan a miembros de una misma cultura y a veces de la misma familia. Sin embargo, el Estado, que otorga la identidad y los derechos sociales de ciudadanía, determina buena parte de la calidad de las vidas de las personas de origen mexicano en esa parte de los Estados Unidos de América (EUA) que antaño era el norte de México. Al igual que en el resto del país, esta región presenta cada día una mayor influencia latina. En partes de EUA que hasta hace poco se conocían por un chauvinismo y xenofobia profunda se oye la música mexicana en la radio y el idioma del país natal en la televisión. Cada día la comida mexicana contribuye con una nueva salsa a la cocina norteamericana.

Debido a una larga historia de colonización y a la influencia de varios conquistadores, desde los de España hasta los de EUA, la población de origen mexicano en EUA es altamente heterogénea en términos de natividad, el periodo en que inmigraron, su generación nativa, y mucho más. Algunas de las familias del norte del estado de Nuevo México, por ejemplo, llegaron con los españoles y se conocen como "hispanos" para hacer hincapié en esa identidad. En todas partes del sudoeste del país se encuentran familias que han sido dueñas de sus tierras por generaciones y representan los inmigrantes originales de estados como Arizona y Colorado; en contraste, la mayoría de los latinos de origen mexicano actualmente residentes en Estados Unidos llegaron más tarde como braceros o inmigrantes, legales e ilegales. Es por esta razón que la condición de la población de origen mexicano en EUA se define en gran parte por la del inmigrante; hay que entender esa experiencia y el proceso de inmigración para entender los desafíos que encuentran los mexicanos en ese país, particularmente los de los ancianos. Los trabajos a los que acceden y sus relaciones con el Estado y la sociedad norteamericana aportan a la definición de sus derechos de residencia y la posibilidad de ciudadanía, así como su situación social. En este capítulo investigamos la situación

de los inmigrantes mayores, enfocándonos principalmente en las consecuencias del proceso de migración y en la edad del inmigrante en relación con sus demandas en salud.

MIGRACIÓN Y SALUD FÍSICA Y MENTAL

La migración internacional implica mucho más que una traslación por espacio, implica un desplazamiento cultural y del idioma, así como la inserción del inmigrante en un nuevo sistema social, económico, y político. Cada inmigrante enfrenta el reto de incorporarse a las nuevas instituciones con los recursos personales y sociales con que cuenta al momento de llegar al nuevo ambiente. Debido a las dificultades del proceso, y a la realidad de que los jóvenes no sólo poseen la fuerza física para enfrentar las dificultades de una empresa difícil, sino también la adaptabilidad psicológica y una mayor capacidad para aprender el idioma y las costumbres del nuevo país, la migración internacional tradicionalmente ha seleccionado a los jóvenes.

Aunque gran parte de los inmigrantes internacionales todavía son jóvenes que llegan buscando oportunidades económicas, hoy día la inmigración de familias enteras y el proceso de reunificación, que es la política oficial de EUA, ha aumentado la cifra de adultos que llegan con edad mediana o más. Entre 1997 y 2000 el número de adultos de 65 años o más que emigraron desde México ha aumentado 32.1%.¹

Debido a que la capacidad para aprender un idioma nuevo e incorporarse en las instituciones sociales nuevas disminuye rápidamente tras la adolescencia, quienes llegan más tarde enfrentan limitaciones inevitables en el proceso de asimilación. Por estos motivos el proceso de incorporación se queda siempre incompleto y estos inmigrantes mayores quedan dependientes de su familia o de las comunidades étnicas a las que se vinculan, si es que pueden.

Para llegar a entender los riesgos de salud que enfrentan los inmigrantes maduros es necesario adoptar un marco teórico que distinga entre los procesos de asimilación cultural y el más amplio proceso de incorporación económica y social. En la teoría de ciudadanía plena de T. H. Thomas la ciudadanía moderna incluye los derechos civiles, políticos, y sociales, incluyendo los derechos a todos los bienes materiales necesarios para una vida digna.² Sin éstos la persona no puede participar totalmente en la vida civil o ser parte del cuerpo social, aspectos comprendidos en el término "incorporación". Esta marginación y el aislamiento social que la acompaña dan como resultado un serio riesgo para la salud física y mental de la persona.

ASIMILACIÓN CULTURAL E INCORPORACIÓN ECONÓMICA

Las teorías tradicionales de la asimilación se han preocupado principalmente por el proceso de adaptación lingüística y social.³ Con base en las experiencias del siglo XIX, período de alta emigración hacia Estados Unidos desde Europa, tales teorías se apoyaron en las diversas y variadas vivencias de inmigrantes que aunque eran muy heterogéneas en términos sociales y lingüísticos, eran homogéneas en términos raciales. Estas teorías, basadas en el supuesto de que la barrera principal para la asimilación era lingüística, sostenían que con el tiempo las diferencias entre los inmigrantes y los nativos disminuirían y eventualmente tenderían a desaparecer. Desde el punto de vista de tales teorías de asimilación, las diferencias entre la salud de los nativos y la de los inmigrantes responden casi exclusivamente al período transcurrido como residentes en el nuevo contexto. Cuanto más tiempo pasa el inmigrante en EUA, en mayor medida su perfil de salud llega a parecerse al de los nativos;⁴⁻⁸ numerosos investigadores interpretan la correlación positiva entre la longitud de residencia y el progreso económico, como evidencia que respalda la hipótesis de la asimilación.^{9,10}

Sin embargo la relación entre el tiempo pasado en Estados Unidos y la salud es más compleja que la sugerida por las simples teorías de asimilación cultural, en realidad una larga residencia en el país puede tener consecuencias deletéreas para la salud. Los inmigrantes, posiblemente debido a mecanismos de selección positiva, inicialmente mantienen comportamientos saludables;¹¹ incluso si se adoptan estilos de vida riesgosos, como el uso de alcohol o tabaco, es posible que sean protegidos por aspectos de su cultura natal que disminuyan los riesgos a la salud asociados con tales hábitos.^{5,7,12} Si bien no es seguro que aspectos de la cultura mexicana que el inmigrante trae como parte de su identidad protejan su salud o no, sí es claro que muchos inmigrantes encuentran serias desventajas socioeconómicas al llegar a EUA,^{13,14} esta situación los expone al riesgo asociado con la marginación y la pobreza. Por su parte las perspectivas que se basan en teorías de conflicto ofrecen otra interpretación para la relación observada entre salud y asimilación.¹⁵ Estas perspectivas tienen como eje central las persistentes barreras para la adaptación e incorporación del inmigrante; por varias razones, algunos inmigrantes descubren que es difícil o a veces imposible mejorar su situación o superar las desventajas sociales que enfrentan. Para ellos los efectos nocivos de la marginación en el nuevo ambiente se acumulan y aumentan con el tiempo, lo que deriva en que la salud queda comprometida.

Otros marcos teóricos que aluden a la adaptación del inmigrante se enfocan en la noción de capital social,¹⁶ la que ha sido identificada como

variable importante en la explicación de la salud y el bienestar. Desde el punto de vista de la salud, el capital social refiere a las redes sociales que el inmigrante desarrolla en el nuevo país, un proceso que se ve favorecido por los enclaves étnicos a los que se vincula, si es que éstos están disponibles. La migración rompe los lazos sociales y familiares y a veces reduce la disponibilidad de apoyos formales e informales con los que se contaba en la comunidad de origen. Los inmigrantes exitosos son aquellos que encuentran o desarrollan nuevas redes en la comunidad en la que se establecen, las cuales favorecen el cuidado de la salud y el bienestar en general.^{17,18}

MODELO CONCEPTUAL DEL PROCESO DE MIGRACIÓN Y LA SALUD

Con el propósito de simplificar y para resumir los principales factores que interesa analizar, ofrecemos un modelo conceptual que presenta nuestro marco teórico en forma visual.

La figura 1 presenta un proceso que incluye variaciones en cuanto al tiempo, espacio, cultura, y sistema social. Comienza con el individuo en su comunidad de origen, en la que ha socializado y a la cual, desde su nacimiento, queda totalmente incorporado. El proceso de migración lo desarraiga de lo conocido, lo desaloja, y lo impulsa hacia una nueva situación cultural y social, distanciado de su comunidad de origen. El proceso total incluye dos procesos subalternos que si bien están relacionados, son distintos conceptualmente: asimilación cultural e incorporación económica y social.¹⁹ Una de las variables teóricas que más nos interesan es el género, puesto que una gran parte de los inmigrantes son mujeres y sus oportunidades de empleo en EUA son diferentes a las de los hombres; otra variable sumamente importante es la edad del inmigrante al momento de su llegada. Nuestras investigaciones señalan con claridad que las personas que llegan después de los 50 años –y a veces hasta los que llegan más jóvenes– se quedan siempre marginados, en un grado u otro, de la nueva cultura y sus instituciones.

En ocasiones los inmigrantes con altos niveles de educación y aquellos que poseen habilidades técnicas, pueden usarlas para mejorar su situación rápidamente, pero hasta para quienes poseen altos niveles educativos, a veces no es posible un éxito rápido y un médico o un abogado se encuentran en la misma situación que los que poseen menos educación. Sin embargo, la educación representa una expresión importante de capital humano que los cubanos, por mencionar un ejemplo, trajeron cuando llegaron de la isla. Ese capital humano y social se convirtió en capital material en el corto plazo. Los cubanos también desarrollaron su enclave étnico en Miami en donde replicaron mucho de lo que dejaron en Cuba y en donde se beneficiaron del respaldo comunitario.

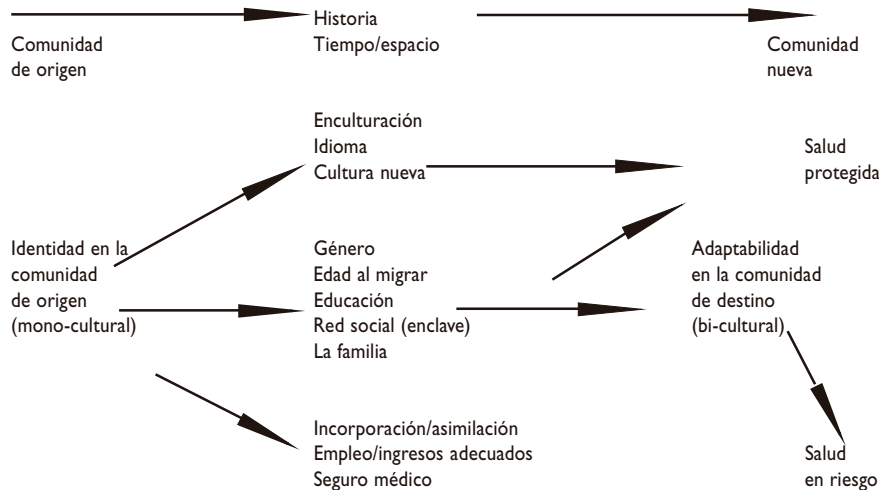


Figura 1. Modelo conceptual del proceso de migración y salud

Todas estas características del inmigrante y la comunidad en la que se inserta determinan su nivel de adaptabilidad al nuevo destino. En aquellos casos exitosos, el inmigrante llega a ser bicultural y domina el nuevo idioma, alcanzando a navegar por las instituciones sociales con facilidad, e incorporándose a la nueva sociedad; esto se hace más fácil si se educa u obtiene buen empleo. Como en EUA no se provee con seguro médico a la población, aquellos puestos que lo ofrecen como beneficio del empleo, son los mejores; pero un número muy reducido de los inmigrantes con bajos niveles de educación encuentran tales posiciones y por lo tanto son muchos los que se quedan sin seguro médico. Para la población de 65 años o más, aunque tengan Medicare (programa de financiamiento médico para los mayores), es importante tener un seguro suplemental dado que Medicare no cubre los medicamentos y requiere además de un co-pago por parte del usuario. El seguro suplemental se puede comprar en el mercado o es un beneficio de jubilación para personas de clase media que tenían buenos puestos; sin embargo para los inmigrantes viejos la probabilidad de obtener un seguro de este tipo a través del trabajo es rara y la posibilidad de que lo puedan comprar en el mercado es casi inexistente. Como explicaremos más adelante en la conclusión, los más pobres califican para Medicaid, que es el programa de financiamiento para los pobres

de cualquier edad, pero la mayoría de los inmigrantes, si es que tienen seguro médico, tienen solamente Medicare que como ya mencionamos, no cubre todos los gastos médicos.

Claro que la probabilidad de llegar a altos niveles de fluidez en el idioma y adecuado manejo con la cultura disminuye rápidamente con la edad y con los bajos niveles de educación. Por otra parte, la probabilidad de una adaptación exitosa aumenta si el inmigrante se encuentra en un enclave étnico. Con suficiente respaldo económico y apoyo emocional la salud podrá ser protegida adecuadamente, pero si el recién llegado de mayor edad se queda aislado en una cultura ajena, su salud mental y física se verá arriesgada.

Ahora revisemos lo que sabemos acerca de la salud de los inmigrantes mayores y los factores que la afectan.

SALUD FÍSICA

Como se presenta en el cuadro I, en 1990 los estadounidenses de origen latino, incluidos los de origen mexicano, mostraron más bajos niveles de mortalidad que los otros ciudadanos de ese país. Esta ventaja en mortalidad se revela en enfermedades del corazón y cáncer, especialmente para los hombres. La ventaja en mortalidad también se refleja en datos del National Longitudinal Mortality Study, en donde se observa que los latinos mostraron mortalidad favorable para causas generales y por enfermedades cardíacas y cáncer.²⁰ Al mismo tiempo, estudios de morbilidad revelan muy altos niveles de diabetes y sus consecuencias entre los de origen mexicano.²⁰ Aunque estos niveles altos de diabetes se explican en parte por factores socioeconómicos y por altos niveles de obesidad, no dan cuenta del elevado riesgo entre los de origen mexicano, lo que impulsa a unos a la especulación sobre los factores genéticos que pueden estar operando, debido a la mezcla de sangre indígena.^{21,22}

Datos de nuestro estudio, el Hispanic Established Population for the Epidemiologic Study of the Elderly (EPESE), revelan una alta prevalencia de diabetes en los adultos mayores de origen mexicano.²³⁻²⁵ En la primera encuesta de este estudio 17.6% de ese grupo reportaron que sufrieron de diabetes, una cifra mucho más alta que el 8.5% reportado por los anglosajones en otros estudios.²⁶ Aun teniendo en cuenta características sociodemográficas, los diabéticos se encontraban en alto riesgo de contraer condiciones crónicas, incluso enfermedades cardíacas, ataques cerebrales, hipertensión, problemas del pie y de la circulación, obesidad, visión deteriorada, y problemas con actividades de la vida cotidiana.²⁷

Varios estudios llegan a la conclusión de que las personas de origen mexicano sufren de un alto riesgo de diabetes y sus consecuencias nocivas.

Cuadro I
Tasas de mortalidad ajustadas por edad, presentadas
por sexo, raza, y etnia, 1995-97

	Todas causas	Enfermedades del corazón	Enfermedades cardiovasculares	Cáncer
Hispano				
Hombre	477.6	117.4	22.4	94.2
Mujer	268.4	65.7	17.4	66.1
No-Hispano, no-Africano				
Hombre	590.1	176.1	26.0	151.4
Mujer	363.8	93.4	22.9	109.5
Africano Americano				
Hombre	964.3	244.7	50.5	221.1
Mujer	559.0	152.4	38.9	159.2
Americano Nativo				
Hombre	573.4	135.0	21.6	97.4
Mujer	65.1	75.3	20.1	74.0
Asiático/del Pacífico				
Hombre	361.7	99.4	28.6	94.3
Mujer	219.3	52.2	21.5	64.7

Tasa por 100,000

En un estudio sobre la frecuencia de diabetes diagnosticada en una muestra de mexicanos de edad mediana en el condado de Hidalgo en el sur de Texas, el nivel de diabetes era tres veces mayor que el de la nación en general.²⁸ Casi 30% de los mexicanos habían sido diagnosticados con diabetes mientras la cifra nacional para el grupo de edad de 45 a 64 años es solamente 6.3%.²⁹

El H-EPESE revela lo que ya hemos señalado, que los que llegan a EUA más tarde en la vida son más dependientes de sus familias y se quedan más aislados; este aislamiento y sus efectos anímicos negativos pueden exacerbar los efectos de las enfermedades físicas y empeorar la salud emocional del inmigrante. En el cuadro II presentamos datos del Hispanic EPESE referidos a salud física y mental, y también presentamos información sobre la capacidad funcional. En general estos datos revelan que la migración en la madurez aumenta la probabilidad de que la persona tenga problemas para realizar actividades de la vida cotidiana (ADLs), que se refieren a vestirse, alimentarse, usar el baño, y caminar. También los inmigrantes más viejos sufren de dificultades para realizar actividades instrumentales tales como manejar,

Cuadro II
Porcentaje de personas de origen mexicano con problemas de salud, de funcionamiento físico, o de ánimo*

Totales	Nacidos en EUA 1 696	Edad a la migración		
		1 – 19 años 346	20 – 49 635	50 o más 272
No completamente satisfecho con la vida	52.5	53.5	57.5	62.5
Nivel de CES-D (promedio)	9.7	9.9	9.9	11.3
Salud regular/pobre	58.7	59.9	59.9	69.8
Mínimo 1 actividad de la vida diaria	12.9	17.3	11.5	16.2
Mínimo 1 actividad instrumental de la vida diaria	33.8	49.4	41.8	54.3

* Tamaño de la muestra no ponderado

limpiar la casa, usar el teléfono sin ayuda, comprar comida, y cocinar. Estas últimas incluyen tareas complejas para cuya realización la escasa educación y la falta de fluidez en inglés pueden convertirse en barreras serias. En el Hispanic EPESE un gran porcentaje de las mujeres inmigrantes reportan que no manejan y que tienen dificultades para conseguir locomoción, sin duda la incapacidad para trasladarse a donde se quiera, aumenta al riesgo de aislamiento.³⁰

La mayor dificultad para la realización de actividades de tipo instrumental (IADLs) que sufren los inmigrantes mayores parece estar acompañada por un estado anímico más disminuido que el de quienes llegaron cuando eran más jóvenes. Más de 60% de quienes inmigraron ya habiendo alcanzado los 50 años, indican que no están totalmente satisfechos con la vida, cifra mayor a la de los que eran más jóvenes cuando llegaron. Los datos también ponen de manifiesto un nivel de depresión más alto entre los mayores que entre los que llegaron en su juventud.

Estos datos sugieren que los inmigrantes mayores encuentran dificultades en su proceso de adaptación a la nueva cultura, lo cual puede deteriorar su bienestar. Es posible que la dependencia que es evidente en esta población opere como mecanismo para aumentar los efectos de las otras dificultades que se encuentran, derivando en un gran riesgo para la salud y el bienestar. Esta es una de las conclusiones de un estudio sobre la salud de los hispanos mayores en EUA llevado a cabo por el Commonwealth Fund. En ese estudio se encontró que un mayor porcentaje de los hispanos inmigrantes que arribaron siendo más viejos, reportaron niveles de salud más bajos que quienes llegaron más jóvenes.^{17,31}

Estas desventajas en salud pudieran deberse a varias fuentes. Es posible que los inmigrantes encuentren impedimentos para el acceso a servicios médicos, ya que por ley quienes no son ciudadanos o residentes legales, no califican para financiamiento público. Además, los inmigrantes han pasado su vida activa en condiciones duras y frecuentemente expuestos a materiales perjudiciales para la salud, como es el caso del uso de insecticidas en la agricultura. Los empleos con bajos sueldos no califican para servicios privados de salud y tampoco les dejan suficientes recursos para acceder a ellos. La combinación de trabajo pesado y pobreza genera grandes problemas para los inmigrantes cuando llega el momento de jubilarse.³² El trabajo en malas condiciones deteriora la salud, al mismo tiempo los bajos sueldos no les permiten ahorrar para tener suficientes recursos y poder comprar lo que es necesario para proteger su salud. Por esta razón los que llevan poco tiempo de inmigrantes o carecen del capital humano para incorporarse adecuadamente al mercado de trabajo, encuentran muy pocas alternativas más allá del apoyo de la familia.

En realidad la situación es bastante complicada y los patrones revelados por varios estudios son bastante inconsistentes. Tradicionalmente los inmigrantes de cualquier edad se han creído poseedores de una mejor salud, así como un estado anímico y una ambición atípica comparada con la de quienes se quedan. Aunque es claro que los inmigrantes jóvenes tienen suficiente motivación y ambición para querer mejorar su situación, esto no es tan obvio en los más viejos; no hay duda de que una persona con 50 años o más puede tener mucha capacidad para la labor física y puede tenerla durante muchos años más, pero al carecer de oportunidades de empleo en su país de origen, personas de esa edad pueden decidir acompañar a los más jóvenes a EUA. Por otro lado, es posible que la decisión de emigrar no sea del adulto mayor sino que él sea un inmigrante involuntario. Esa decisión de emigrar posiblemente refleje la realidad de que no hay más alternativa que la de acompañar a su familia si carece de otras fuentes de apoyo en su país; además, si este adulto ya sufre de enfermedades y tiene una salud precaria, aumenta todavía más su necesidad de acompañar a la familia. Por estas razones, la teoría de la selección de los inmigrantes por características más saludables no puede aplicarse directamente a los inmigrantes maduros.

La evidencia empírica para investigar el tema de la selectividad de los inmigrantes mayores no se encuentra en abundancia. De acuerdo con el Estudio Mexicano de Salud y la Vejez,³³ los adultos nacidos antes de 1951 residentes en México (casos seleccionados de la encuesta demográfica mexicana de 1997) reportan peor salud que los de la muestra de estadounidenses de origen mexicano que forma parte del Health and Retirement Study (HRS),

estudio en EUA comparable con el mexicano. Podría ser el caso que los de origen mexicano en el estudio estadounidense tengan mejor salud debido a una mayor selectividad por un perfil más sano.³⁴ Si bien estos estudios son similares en muchos aspectos, usan diferentes metodologías y están basados en diferentes muestras, por lo cual los patrones que revelan deben tomarse con precaución y asumirse como sugestivos. Como hemos señalado, hay muchos factores que pudieran afectar la salud de los inmigrantes.

DEPRESIÓN

Desafortunadamente casi no hay información que ilustre sobre la salud mental de los inmigrantes mexicanos mayores. La literatura ofrece algunos datos sobre la salud mental de los más jóvenes y sólo podemos extrapolar estos datos a los mayores, teniendo en cuenta que las fuerzas que afectan la salud mental de estos últimos pudieran ser diferentes y tener diferentes efectos. Como indicamos en nuestro modelo conceptual, el proceso de migración incluye varias dificultades, riesgos físicos y emocionales. Aunque nos parece razonable tratar estas dificultades como posibles riesgos a la salud mental, tenemos que tener en cuenta que el proceso de migración es complejo, y es claro que la mayoría de los inmigrantes, aunque a veces se sientan deprimidos, no muestran síntomas de enfermedades clínicas. La literatura es clara en cuanto a que todavía no entendemos la forma en que los riesgos asociados con la migración se ven modificados por activos personales o sociales. Como evidencia de las dificultades para caracterizar los riesgos en la salud mental, algunos estudios encuentran que los inmigrantes tienen buena salud mental a pesar de los riesgos que enfrentan.⁷

Pero volviendo al tema de la edad del inmigrante, hay pruebas en los datos que hemos revisado que la edad en que emigran tiene efectos profundos en su capacidad para adaptarse al nuevo ambiente, y por lo tanto, también para su salud mental. Los que llegan más tarde en la vida enfrentan barreras significativas para la asimilación e incorporación, pero la cuestión del impacto de una incorporación incompleta en la salud emocional y mental sólo ha podido ser investigada indirectamente hasta el momento. Por esta razón tardamos un poco en repasar lo que sabemos de la salud mental de los adultos mayores de origen mexicano en EUA, comparando a los inmigrantes con los nativos. Basamos la discusión en el H-EPESE, el estudio en el que se ha mantenido contacto con una muestra de adultos mayores durante 10 años. También nos ocupamos de la incidencia de la depresión, o el sentimiento de sentirse deprimido aunque esto no llegue a considerarse como una enfermedad clínica.

No deberá tomarse con sorpresa la observación de que es inconsistente la literatura acerca del sentimiento de estar deprimido –que por simplicidad llamamos depresión aunque incluye niveles de sentimientos negativos que no indican enfermedad formal.³⁵ Por ejemplo, el Hispanic Health and Nutrition Examination Survey (Hispanic-HANES)³⁶ encontró muy bajos niveles de depresión en adultos de edad 65 a 74 años basado en la escala del Centro para Estudios Epidemiológicos sobre Depresión (CES-D por sus siglas en inglés), que es una escala que se ha usado en muchos estudios para identificar los correlativos de la depresión.^{37,38} Por otro lado en un estudio de tres generaciones de familias mexicanas en San Antonio Texas se encontraron altas tasas usando la misma escala,³⁹ tal como en el Hispanic EPESE;¹⁷ estas inconsistencias sin duda son resultado, al menos en parte, de las diferentes metodologías de los varios estudios.^{40, 41} Analizando los datos del mencionado Hispanic-EPESE, encontramos que los síntomas de depresión aumentan ante la presencia de diabetes entre los adultos de origen mexicano. En el Hispanic-HANES, 31% de las personas con diabetes reportaron altos niveles de síntomas de depresión. Estos y otros datos también indican que las mujeres inmigrantes tienen alto riesgo a la depresión, mientras que los hombres lo presentan en menor medida.^{42,43} Estos investigadores reportan que los niveles de depresión son más altos entre aquellos con bajos niveles de enculturación, como posible reflejo de las escasas oportunidades y las altas barreras que encuentran para su incorporación.

LA SITUACIÓN DOMÉSTICA Y ASISTENCIA A LARGO PLAZO

Un indicador social del nivel de vida en cualquier país es el número de personas que viven en la misma habitación. En los países en desarrollo con altas tasas de nacimiento esta cifra es inevitablemente alta; este indicador también refleja la disponibilidad de alojamiento y la capacidad de varias clases a aprovecharse de ello. La situación doméstica entre los adultos mayores refleja al mismo tiempo sus preferencias en cuanto a dónde vivir, así como a su capacidad para vivir solos. Datos que señalan las preferencias entre vivir solos o con sus hijos en varias muestras asiáticas indican que los ancianos preferirían vivir solos y no con sus hijos, si pudieran.⁴⁴ Es posible que la idea romántica de la familia extendida sea poco más que un mito y que dada la posibilidad, los padres prefiriesen vivir cerca de sus hijos pero no en la misma casa.

Sea cual sea la realidad con respecto a las preferencias, es claro que los inmigrantes mayores carecen de los recursos que les permitirían vivir solos, aunque lo prefiriesen. Datos del Hispanic EPESE dejan en claro que la probabilidad de que una pareja viva con otros o que un viudo o una viuda viva

con un hijo aumenta con la edad en cuanto los padres llegan a EUA. Como señalamos en el modelo conceptual, los que alcanzan mayor edad son más dependientes de la familia. En cuanto más viejos sean al momento de la emigración, menor es la probabilidad de que tengan suficientes recursos para mantenerse; al mismo tiempo, a mayor edad al momento de inmigración disminuye la probabilidad de que la persona califique para tener seguro social.

Otro indicador del rol de la familia en el sostén y cuidado de los inmigrantes mayores es el hecho de que los ancianos de origen mexicano no usan servicios formales cuando ya no son capaces de cuidarse a sí mismos, ya sea total o parcialmente. En eso la literatura es clara, los ancianos de origen mexicano tienen mucho menos probabilidad de ser institucionalizados que los ancianos de otros grupos.⁴⁵⁻⁵² Aproximadamente sólo 3% de los ancianos de origen mexicano vive en hogares de reposo o en clínicas, en comparación con 5% de los ancianos africano-americanos o los no-hispanos. Dadas estas bajas tasas en el uso de casas de reposo y clínicas es probable que haya mayores enfermedades y dificultades con actividades de la vida cotidiana en la población mexicana en la comunidad, que en la población en general. En este caso la familia y la red social asumen muchas de las cargas vinculadas al cuidado del anciano que en otras comunidades se le asignan, al menos en parte, al sistema formal.

Es claro que una de las mayores diferencias entre los que utilizan casas de reposo y clínicas, y los que se quedan en la comunidad es la existencia de una familia dispuesta a apoyar. Cuanto más numerosos los hijos, más grande la probabilidad de que el anciano llegue a vivir con alguno de ellos; la disponibilidad de la familia se combina con los recursos económicos de ésta, con la disponibilidad de servicios formales, y con el rol de Medicaid, el programa público para los pobres que financia el cuidado extensivo para los ancianos y los incapacitados. En todo esto, debido a las leyes y políticas públicas, las desventajas económicas que sufren los inmigrantes y aquellos con poca educación, así como la carencia de instituciones formales a las que puedan acceder los mexicanos mayores, los deja dependientes por siempre de su familia.

Los cambios demográficos y sociales que han afectado a la sociedad en general auguran cambios en la situación de los ancianos de origen mexicano en los años y décadas que vienen. Aunque todavía las familias latinas asumen responsabilidades por sus padres y familiares mayores, brindándoles apoyo instrumental y emocional, la disminución en la tasa de fertilidad, el aumento de familias monoparentales, la necesidad de que las mujeres, aún las madres con niños jóvenes, tengan que trabajar, da como resultado que la familia posiblemente no tenga los recursos humanos para asumir la responsabilidad del cuidado de los ancianos. La situación evolucionará en formas que todavía no son obvias pero que se verán afectadas por los cambios económicos y

políticos en la situación de México, especialmente en aldeas pequeñas en donde las remesas de esos en EUA disminuyen en parte a causa del Tratado de Libre Comercio (TLC).

ACCESO A TRATAMIENTO MÉDICO: EL SISTEMA PÚBLICO (MEDICARE)

Estados Unidos provee financiamiento público para tratamiento médico sólo para los que han llegado a la edad de 65 años y quienes participan en el sistema de seguro social (Social Security); también los adultos mayores en situación de pobreza que efectivamente son ciudadanos y que han vivido en el país por cinco años o más pueden solicitar la obtención de Medicaid. Para los trabajadores más jóvenes y quienes no son ciudadanos o residentes legales que satisfagan los requisitos de residencia, no hay fuente pública de financiamiento o tratamiento médico. Como los gastos para servicios médicos pueden llegar a ser exorbitantes, la falta de seguro es un riesgo mayor para quienes han llegado en edades en que las enfermedades crónicas son comunes.

Para calificar para seguro social y Medicare, además de cumplir con los requisitos de residencia, la persona tiene que haber trabajado por lo menos 10 años y haber contribuido al sistema. Casi 25% de los inmigrantes viejos no ha trabajado durante suficiente tiempo o contribuido suficientemente al sistema como para recibir beneficios, incluso Medicare.⁵³ En comparación con 2% de la población en general que no califica para Medicare, esta tasa revela una disparidad grande en el acceso a tratamiento médico para los inmigrantes mayores.

De este modo, aunque se cuente con Medicare, aún permanece el riesgo de haberes médicos significativos ya que éste no paga todos los gastos, por ejemplo no incluye los de medicamentos, anteojos, y otros aparatos. También incluye una cuota que no es despreciable y el requisito de que la persona pague una proporción de los gastos de cada hospitalización. Debido a estas limitaciones en el programa, es necesario tener un seguro suplemental, llamado Medigap, que paga los gastos que Medicare no cubre. Un gran porcentaje de los jubilados de origen mexicano carece de tal seguro suplemental y como resultado quedan vulnerables ante la posibilidad de no recibir toda la asistencia que necesitan o que no tomen los medicamentos recetados por su médico. El Hispanic-EPESE revela que las tasas de cobertura suplemental son muy bajas para los mayores de origen mexicano en general, pero son dramáticamente bajas para quienes nacieron en México. Sólo 31.4% de los nativos tienen cobertura, y entre los inmigrantes esta tasa se reduce solamente a 10.6%.⁵⁴ Estas personas mayores se enfrentan a un alto riesgo de empobrecimiento en el caso de enfermedades serias. Para cubrir los gastos que Medicare no paga, los

ciudadanos mayores más pobres en EUA dependen de Medicaid, el programa de financiamiento de servicios médicos para los de muy bajos ingresos de cualquier edad; debido a su precariedad económica muchos de los mayores de origen mexicano utilizan este programa. En el cuadro III presentamos datos que revelan que aunque menos de una décima parte de los nativos de origen mexicano reciben Medicaid, más de un tercio de los inmigrantes mayores también lo hacen.^{55,56} Posiblemente la revelación más preocupante de esta tabla es que más de 14% de los nativos y 42% de los nacidos en México reportan que no tienen seguro de ningún tipo.

Los distintos estados dentro de EUA conservan bastante autonomía en términos de decisiones sobre programas orientados hacia los sectores de pobreza, incluso para las personas mayores pobres; asimismo los estados también son heterogéneos en cuanto a sus poblaciones de inmigrantes y nativos. Estas variaciones en población se combinan con diferencias en políticas estatales que determinan patrones diferenciales en cuanto a las modalidades de cobertura para los latinos, específicas para cada estado. El cuadro IV por ejemplo, revela grandes variaciones en cobertura médica para los inmigrantes en los estados de California y Texas. Sesenta y dos por ciento de los inmigrantes en Texas, arribados cuando tenían 50 años o más de edad, dependen de la ayuda que les otorga Medicaid; en California un cuarto de los inmigrantes que llegaron en este mismo grupo de edad no tenían seguro de ningún tipo.

Cuadro III
Personas sin seguro o con Medicaid en 1997*

	65 años o más con Medicaid ^a	% del total que reciben Medicaid ^a	65 años o más sin seguro ^b	Porcentaje 65+ sin seguro ^b
Ciudadano nativo en Población total	2 582	8.9%	35 273	14.4%
Ciudadano naturalizado (Población total)	281	15.6%	1 891	19.2%
No-ciudadano (Población total)	353	34.7%	7 118	42.9%
Nativos de origen mexicano ^c	518	31.4%	39	2.4%
Inmigrante mexicano ^c	488	37.8%	161	12.4%

*Números en miles

Fuentes:

^a Referencia 55.

^b Referencia 56.

^c Referencia 57.

CONCLUSIÓN: LA SITUACIÓN DE LOS INMIGRANTES MAYORES
DEMANDA INVESTIGACIÓN

En el pasado y aun hoy día los inmigrantes, especialmente los indocumentados, han sido seleccionados por su juventud y su mejor salud. Aunque vemos un número creciente de mujeres que entran sin documentos, la mayoría de los inmigrantes son hombres con raíces en algunos de los estados de México con tradición de emigración laboral.⁵⁸ El perfil de los inmigrantes legales es un poco diferente e incluye a personas que son en realidad inmigrantes involuntarios que vienen con sus padres o como miembros de una familia inmigrante. Durante las últimas décadas la política migratoria de EUA ha dado preferencia a los trabajadores con habilidades importantes y a los familiares de ciudadanos o residentes legales. Estas, en combinación con las políticas para refugiados y el Immigration Reform and Control Act de 1986, que ofreció estatus legal a ciertos residentes indocumentados, han tenido importantes implicaciones para la composición de la población Latina.

La mayoría de los actuales inmigrantes mayores partieron de su país cuando eran jóvenes y han trabajado en EUA casi toda su vida adulta; sin embargo, un número significativo de estos inmigrantes mayores llegaron cuando ya eran viejos, usualmente para venir a vivir con uno de sus hijos. La evidencia que hemos revisado indica que estos inmigrantes maduros enfrentan altas barreras a la incorporación y que para ellos el proceso de enculturación y adaptación se queda incompleto. Estos inmigrantes de mayor edad que rompen sus lazos con su comunidad de origen y que carecen de la capacidad de los más jóvenes para dominar un idioma nuevo o incorporar nuevas

Cuadro IV
Tipo de seguro médico para las personas de 65 años o más,
por edad cuando inmigraron, 1995-96*

Tipo de seguro médico	Nativo	Texas Inmigrantes			Nativo	California Inmigrantes		
		1-19	20-49	50+		1-19	20-49	50+
Sin seguro	4.1	2.1	3.2	14.1	6.2	3.5	7.8	25.5
Medicaid/Medicare	36.4	40.9	45.4	62.3	30.2	37.7	35.7	40.1
Sólo Medicare	37.7	37.1	43.7	19.2	25.3	27.9	40.5	27.7
Medigap/Medicare	21.9	19.9	7.7	4.4	38.3	30.9	15.9	5.9
N	(930)	(187)	(300)	(106)	(239)	(68)	(213)	(101)

* Tamaño de la muestra no ponderado
Fuente: Referencia 57

costumbres se caracterizan por un alto nivel de pobreza e ingresos más bajos que los nativos o de quienes llegaron cuando eran más jóvenes, por eso enfrentan altos riesgos a su salud física y emocional y permanecen en una situación de mayor dependencia hacia la familia que los otros.

Concluamos con la observación de que datos como los del Hispanic-EPESE que recién se han hecho accesibles, indican que en el caso de los inmigrantes mayores necesitamos nuevas teorías que analicen la compleja interacción entre capital humano, activos culturales y sociales, y el contexto en el que el inmigrante se inserta, para entender su situación. Es claro que no podemos utilizar las tradicionales teorías de la selección para los inmigrantes mayores; aunque sea claro que los jóvenes se seleccionan a sí mismos basados en su esperanza de tener una vida mejor, no se puede concluir que los mayores se seleccionan a sí mismos. La información que hemos repasado sugiere que pudieran ser inmigrantes involuntarios que acompañan a sus hijos en un proceso de migración familiar del cual son parte. Los jóvenes migran a causa de la carencia de oportunidades en sus comunidades en México, su salida representa una pérdida de activos humanos en la comunidad y tiene efectos profundos en los que se quedan. Si un anciano se enferma y no tiene fuentes de apoyo en su comunidad debiera irse a vivir con su familia en EUA.

Para entender mejor la situación de los ancianos, tanto en México como en Estados Unidos, necesitamos nuevos estudios que provean información sobre los inmigrantes y aquellos que se quedan en sus comunidades. Es importante identificar las fuerzas personales y económicas que impulsan a la migración de personas que, si tuvieran los recursos, en muchos casos preferirían quedarse en el sitio en el que han envejecido. Hay muchos datos útiles para el diseño de estudios comparativos, algunos de ellos recién recolectados. El reto es identificar a los investigadores mexicanos y estadounidenses que pudieran colaborar para trabajar estos datos y armar los estudios que nos llevarán a un conocimiento más profundo de la situación de los inmigrantes mayores.

Referencias

1. Immigration and Naturalization Service. Immigrants admitted by selected country of birth, age, and sex, FY 1997 & 2000, Table 13. Statistical Yearbook of the Immigration and Naturalization Service, 2001. Disponible en: <http://www.bcis.gov/graphics/shared/aboutus/statistics/IMM01yrbk/ExcIMM01/Table13.xls>. Fecha de consulta: 1 de septiembre, 2003.
2. Marshall TH. Citizenship and social class and other essays. Cambridge: Oxford University Press, 1950.

3. Schlesinger AM. *The Disuniting of America*. Knoxville, TN: Whittle Books, 1992.
4. Amaro H, Whitaker R, Coffman G, Heeren T. Acculturation and marijuana and cocaine use: findings from HHANES 1982-84. *Am J Public Health* 1990; 80 Suppl:54-60.
5. Rogers RG. Demographic characteristics of cigarette smokers in the United States. *Soc Biol* 1991;38: 1-12.
6. Samet JM, Schrag SD, Howard CA, Key CR, Pathak DR. Respiratory disease in a New Mexico population sample of Hispanic and non-Hispanic whites. *Am Rev Respir Dis* 1982;125:152-157
7. Vega WA, Kolody B, Aguilar-Gaxiola S, Alderete E, Catalano R, Caraveo-Anduaga J. Lifetime prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders among urban and rural Mexican Americans in California. *Arch Gen Psychiatry* 1998;55: 771-778.
8. Wei M, Valdez RA, Mitchell BD, Haffner, SM, Stern MP, Hazuda HP. Migration status, socioeconomic status, and mortality rates in Mexican Americans and non-Hispanic whites: the San Antonio Heart Study. *Ann Epidemiol* 1996;6: 307-313.
9. Bean FD, Berg RR, Van Hook JV. Socioeconomic and cultural incorporation and marital disruption among Mexican Americans. *Social Forces* 1996;75:593-617.
10. Zsembik BA, Drevenstedt GL, McLane CP. Economic well-being among older Latinos. *Int J Sociol Soc Policy* 1997;17: 34-56.
11. Findley S. The directionality and age selectivity of the health-migration relation: Evidence from sequences of disability and mobility in the United States. *Int Migration Rev* 1988;22:4-29.
12. Finch BK, Boardman JB, Kolody B, Vega WA. Contextual effects of acculturation on perinatal substance exposure among immigrant and native born Latinas. *Soc Sci Q* 2000;81:421-438.
13. Elkeles T, Seifert W. Immigrants and health: Unemployment and health risks of labour migrants in the Federal Republic of Germany, 1984-1992. *Soc Sci Med* 1996;43:1035-1047.
14. Santiago AM, Muschkin CG. Disentangling the effects of disability status on the supply of Anglo, Black and Latino older workers. *Gerontologist* 1996;36: 299-310.
15. Dowd J, Bengston V. Aging in minority populations: An examination of the double jeopardy hypothesis. *J Gerontol* 1978;33: 427-436.
16. Portes A. *The economic sociology of immigration: essays on networks, ethnicity, and entrepreneurship*. New York: Russell Sage Foundation, 1995.
17. Angel JL, Angel RJ. Age at migration, social connections, and well-being among elderly Hispanics. *J Aging Health* 1992;4:480-499.
18. Portes A, Rumbaut RG. *Immigrant America: A Portrait*. Berkeley, CA: University of California Press, 1990.

19. Rumbaut RG. Paradoxes and orthodoxies of assimilation. *Sociological Perspectives* 1997;40:483-511.
20. Sorlie PD, Backlund E, Johnson NJ, Rogot E. Mortality by Hispanic Status in the United States. *JAMA* 1993;270:2464-2468.
21. Diehl AK, Stern MP. Special health problems of Mexican-Americans: obesity, gallbladder disease, diabetes mellitus, and cardiovascular disease. *Adv Intern Med* 1989;34:79-96.
22. Stern MP, Haffner SM. Type II diabetes and its complications in Mexican Americans. *Diabetes Metab Rev* 1990;6:29-45.
23. Otiniano ME, Du X, Ottenbacher K, Black SA, Markides KS. Lower extremity amputations in diabetic Mexican American elders: incidence, prevalence and correlates. *J Diabetes Complications*. En prensa.
24. Otiniano M, Du X, Ray LA, Markides KS. Self-reported diabetic complications and 7-year mortality in Mexican American elders: Findings from a community-based study of five southwestern states. *J Diabetes Complications*. En prensa.
25. Ottenbacher KJ, Ostir GV, Peek MK, Goodwin JS, Markides KS. Diabetes mellitus as a risk factor for hip fracture in Mexican American older adults. *J Gerontol. A Biol Sci Med Sci* 2002;57A: M648-M653.
26. Harris JL, Flegal KM, Cowie CC, et al. Prevalence of diabetes, impaired fasting glucosa, and impaired glucosa tolerance in U.S. adults. *Diabetes Care* 1998;21:518-524.
27. Black SA, Ray LA, Markides KS. The prevalence and health burden of self-reported diabetes in the Mexican American elderly: Findings from the Hispanic EPESE. *Am J Public Health* 1999;89:546-552.
28. Bastida E, Cuellar I, Villas P. Prevalence of diabetes mellitus and related conditions in a south Texas Mexican American sample. *J Community Health Nurs* 2001;18:75-84.
29. National Center for Health Statistics. Current estimates from the National Health Interview Survey 1994. Vital and health statistics. Public Health Service. Washington, DC: US Government Printing Office, 1995, Series 10, No. 193, Table 58.
30. Angel JL, Angel RJ, Markides KS. Late life immigration, changes in living arrangements and headship status among older Mexican-origin individuals. *Soc Sci Q* 2000;81:389-403.
31. Angel JL, Buckley CJ, Sakamoto A. Duration or disadvantage? Exploring nativity, ethnicity, and health in midlife. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2001;56:S275-284.
32. Jasso G, Rosenzweig M. *The new chosen people: Immigrants in the US*. New York: Russell Sage Foundation, 1990.
33. Soldo BJ, Wong R, Palloni A. Migrant health selection: Evidence from Mexico and the US. Presented at the Population Association of America Conference, Atlanta, GA. 2002. Disponible en: <http://www.ssc.upenn.edu/mhas/Papers/1.pdf>

34. Palloni A, Soldo BJ, Wong R. Health status and functional limitations in a national sample of elderly Mexicans. Paper presented at the Population Association of America Conference, Atlanta, May 2002.
35. Bastida E, Gonzalez G. Examining mental health status and the needs of the Hispanic elderly: A cross-cultural analysis. En: DK Padgett handbook on ethnicity, aging, and mental health. Westport, CT: Greenwood Press, 1995:99-112.
36. National Center for Health Statistics. Plan and Operation of the Hispanic Health and Nutrition Examination Survey, 1982-1984. Vital and Health Statistics. Public Health Service. Washington, DC: US Government Printing Office, Sep, 1985. Series 1, No. 19. DHHS Pub. No. (PHS) 85-1321.
37. Garcia M, Marks G. Depressive symptomatology among Mexican-American adults: an examination with the CES-D scale. *Psychiatry Res* 1989; 27:137-148.
38. Moscicki EK, Locke BZ, Rae DS, Boyd JH. Depressive symptoms among Mexican Americans: the Hispanic Health and Nutrition Examination Survey. *Am J Epidemiol* 1989;130:348-360.
39. Mendes de Leon CF, Markides KS. Depressive symptoms among Mexican Americans: a three-generation study. *Am J Epidemiol* 1988;127: 150-160.
40. Vernon SW, Roberts RE. Prevalence of treated and untreated psychiatric disorders in three ethnic groups. *Soc Sci Med* 1982;16:1575-582.
41. Black SA. Increased health burden associated with comorbid depression in older diabetic Mexican Americans. *Diabetes Care* 1999;22:56-64.
42. Black SA, Markides KS, Miller TQ. Correlates of depressive symptomatology among community-dwelling Mexican American elderly: The Hispanic EPESE. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 1998;53: S198-S208.
43. González HM, Haan MN, Hinton L. Acculturation and the prevalence of depression in older Mexican Americans: Baseline results of the Sacramento area latino study on aging. *J Am Geriatr Soc* 2001;49:1532-1541.
44. Lee GY, Angel RJ. Living arrangements and supplemental security income use among elderly Asians and Hispanics in the United States: The role of nativity and citizenship. *J Ethnic Migration Stud* 2002;28:553-563.
45. Burr JA. Race/sex comparisons of elderly living arrangements: Factors influencing institutionalization of the unmarried. *Res Aging* 1990;12:507-530.
46. Eribes RA, Bradley-Rawls M. The underutilization of nursing home facilities by Mexican-American elderly in the Southwest. *Gerontologist* 1978;18:363-371.
47. Espino DV, Neufeld RR, Mulvihill M, Libow LS. (1988). Hispanic and non-Hispanic elderly on admission to the nursing home: A pilot study. *Gerontologist* 1988;28:821-824.
48. Green VL, Ondrich JI. Risk factors for nursing home admissions and exits: a discrete-time hazard function approach. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 1990;6:S250-S258.
49. Markides KS, Wallace SP. Health and long-term care needs of ethnic minority elders. En: Romeis JC, Coe RM, Morley JE, ed. *Applying health services research to long-term care*. New York: Springer Publishing Co, 1996:23-42.

50. Morrison PA. Demographic factors reshaping ties to family and place. *Res Aging* 1990;12:399-408.
51. Torres-Gil F, Villa V. Health and long-term care: Family policy for Hispanic aging. En: Sotomayor M, Garcia A, ed. *Elderly latin@s: Issues and solutions for the 21st century*. Washington, DC: National Hispanic Council on Aging, 1993:45-58.
52. Worobey JL, Angel R. Functional capacity and living arrangements of unmarried elderly persons. *J Gerontol* 1990;45: S96-S101.
53. Friedland RB, Pankaj V. *Welfare reform and elderly legal immigrants*. Washington, DC: National Academy on Aging, 1997.
54. Angel RJ, Angel JL. *Who will care for us? Aging and long-term care in multicultural America*. New York: New York University Press, 1997.
55. U.S. Bureau of the Census. *Current Population Survey*. March, 1998;P20-507. Table 1: 19-20.
56. U.S. Bureau of the Census. *Current Population Survey*. March, 1999;P60-208, Figure 2: 2.
57. Black SA, Ray LA, Angel RJ, Espino DV, Miranda M, Markides KS, ed. *Resource Book of the Hispanic Established Population for the Epidemiological Study of the Elderly*. Ann Arbor: National Archive of Computerized on Aging, 2003. Disponible en: <http://www.icpsr.umich.edu>.> Search: study no. 2851.
58. Salgado de Snyder VN, Diaz-Guerrero R. Enduring separation: the psychological consequences of Mexican migration to the United States. En: Adler LL, Gielen UP. *Migration: Immigration and Emigration in International Perspective*. Westport, CT: Praeger, 2003:143-157.

EL CONTEXTO CULTURAL Y ECONÓMICO DEL ENVEJECIMIENTO EN GRUPOS INDÍGENAS DE CHIAPAS*

LAUREANO REYES GÓMEZ

El tiempo no existe como tal.
El tiempo es uno y uno es el tiempo.
Dicen que pasa volando y no se detiene.
Existe incorporado a nosotros y lo sentimos,
pues somos nosotros, al mismo tiempo, tiempo.
No podemos engañarlo; se cobra con el tiempo.

Don Federico (en su insistente sexto 82 aniversario).

INTRODUCCIÓN

El trabajo está dividido en cuatro grandes apartados que permiten una visión general desde las ciencias sociales, acerca de cómo se ha estudiado la ancianidad en grupos indígenas de México en general, y del estado de Chiapas, en particular. Asimismo, se vierten algunos resultados de investigación en el campo etnogerontológico realizados en los últimos cinco años, que ayudan a contextualizar aspectos culturales y económicos del envejecimiento en grupos indígenas.

El primer apartado corresponde a una sección que hemos llamado vejez indígena, el cual busca enmarcar el trabajo desde una perspectiva etnogerontológica, buscando con ello discriminar el proceso de envejecimiento que se desarrolla en contextos rurales marginados, en particular territorios con población indígena que por sus características culturales y económicas muy peculiares, se distinguen de la población urbana. El segundo apartado corresponde a la visión etnográfica de algunos antropólogos que se han ocupado de estudiar el papel de los ancianos en sociedades indígenas, cuya descripción general tiene una marcada tendencia del estudio de la vejez masculina, desde una perspectiva gerontocrática. El tercer rubro llamado ¿de qué 'viejo'

* Resultados del proyecto G-34361 "Demografía de las edades avanzadas: implicaciones para el desarrollo y bienestar", CONACYT.

hablamos?, es un intento de elaborar una tipología de la ancianidad indígena; clasificación que se basa en datos de campo, y tiene por objetivo hacer distinciones entre las diferentes caras de la vejez, para no hablar en forma genérica de “viejos”, como si se tratara de un bloque homogéneo. Finalmente, el cuarto apartado considera el punto de vista del actor respecto a la visión étnica del concepto castizo “viejo”, advirtiendo claros signos gerontofóbicos en el hecho de asumirse o autorreconocerse como tales, muy en especial cuando la edad extrema declina en una vejez decrepita.

VEJEZ INDÍGENA

Por vejez indígena entendemos un modelo explicativo de la atención que se brinda a personas de edad extrema, basado en las redes de apoyo, tanto afectivas como solidarias, del estatus social y económico, del deterioro de la salud tanto física como mental, y de los componentes culturales propios de la etnia en estudio (fundamentados generalmente en un trato recíproco de crianza-cuidado, con fuerte sustrato de intereses de herencia al sector masculino, pero con roles de atención femenina, etc.), dispensada por la familia y la comunidad, especialmente cuando el sujeto depende de la ayuda de terceros en el último tramo del ciclo de vida, y en particular durante la decrepitud.

Este modelo, además, se reproduce en sociedades donde la pobreza a menudo es calificada de extrema y de alta marginación. De igual manera tiene como rasgo distintivo que el retiro de la actividad productiva no está mediado por esquemas de jubilación y pensiones, como tampoco por programas de atención oficiales a este sector (despensas, ayuda económica, clubes o asociaciones, servicios médicos, etc.), afrontando la vejez como un fenómeno biológico en un contexto individual y/o familiar.

Estudiar la vejez indígena resulta una tarea que exige retos metodológicos nuevos, pues es preciso romper con esquemas preestablecidos otrora como verdades generalizables y homogéneas. Los cambios que se suscitan en el mundo han afectado considerablemente a la población indígena, y el fenómeno del envejecimiento de la población no ha sido la excepción. Aquellos pueblos indios que se consideraban como “tradicionales” (en costumbres poco modificables como la escasa o nula migración, particularmente internacional, el perfil epidemiológico y demográfico, mayores relaciones con el mundo exterior, los aspectos religiosos, etc.) han modificado rápidamente “la costumbre”, algunas veces con saldo negativo para la población envejecida. Por ejemplo, aquella idea idílica generalizada del viejo venerado ha quedado en el pasado, y ahora se aprecia más bien una lucha intergeneracional, particularmente en el arrebato del poder, no sólo civil, sino en el plano religioso, económico y también cultural, por parte de la población joven y “madura”.

Es a partir de 1960 cuando empieza a observarse un cambio en la estructura de la población de personas que rebasan la barrera etárea de 65 años. Los censos registran que este sector está apenas por abajo de 1%; sin embargo, a medida que avanzan los decenios se va incrementando hasta llegar hoy día a 3.58%.¹⁻⁵ De los grupos étnicos chiapanecos, la población zoque tiene un comportamiento particular, es el grupo con mayor nivel de instrucción primaria,⁶ el más bilingüe y el que concentra mayor porcentaje de viejos. Así, por ejemplo, el censo del 2000 registró que los tzotziles (de 60 y más años de edad) conforman 3.45% de la población; los tzeltales, 4.28%; los tojolabales 4.67%, mientras que en los zoques el registro se elevó a 5.27%, ubicándose muy cerca del promedio estatal de viejos (5.42%).⁷ En un periodo que va de 1960 al año 2000, los zoques prácticamente han sextuplicado, en números absolutos, su población de viejos. Por otra parte, es de llamar la atención que el fenómeno del envejecimiento en Chiapas tiende a “masculinizarse”, registrándose, en el XII Censo, 102 hombres por cada 100 mujeres. Cabe anotar que este dato requiere de un estudio en particular.

Este fenómeno demográfico de envejecimiento tuvo un impacto sin precedentes en la población. Para el caso de los pueblos indios prácticamente los tomó por sorpresa pues no estaban preparados del todo respecto a los cambios que exige esta nueva estructura. Una de las primeras instituciones que se vio afectada fue el Consejo de Ancianos, órgano desde el cual se regía la vida política y religiosa de los pueblos. El Consejo estaba formado por un número indeterminado de ancianos “principales” (todos ellos varones) que en sesión cerrada deliberaban y decidían sobre la vida de la comunidad. Los consejeros eran conocidos localmente como “papá del pueblo”, distinción que nos da idea de la importancia de este cuerpo de dirección política y cultural. La gerontocracia pronto fue sustituida por otro modelo, un modelo político externo, que exigía el concurso de gente joven o “madura” a través de sistemas de partidos políticos, con todos sus vicios. Por ejemplo, el Frente Juvenil Revolucionario del PRI (Partido Revolucionario Institucional) arrebató el poder civil antes ejercido por los viejos, dejándoles sólo aquellos espacios de acción en el ámbito religioso, donde poca o ninguna ingerencia podían tener en la vida político-administrativa antes ejercida por ellos. En el presente, el rango de edad de los jefes políticos indígenas oscila entre los 25 y 50 años; para nada se les puede considerar “viejos”, si la frontera demográfica que la delimita está estimada en 65 años.

Llegar a viejo ahora no es cosa digna de admiración como antes; los hay por doquier, y la mayoría de ellos están enfermos. La pérdida de cosechas o el padecimiento de enfermedades ya no se puede explicar sólo por el desagravio a los viejos. El abuso a los ancianos ha tomado otras dimensiones,

como el despojo, la burla pública socialmente tolerada, el senilicidio, el abandono, el castigo físico y muchas otras formas de vejación.* Dejaron de ser la única fuente oral de conocimientos y, por el contrario, se les ve como de ideas atrasadas. Más de 60% de ellos conformaban el grupo de analfabetas, en especial las mujeres. Y 70% se reporta como monolingüe en lengua indígena.

Respecto a las enfermedades discapacitantes, 11% de la población indígena de 65 años y más declaró sufrir algún padecimiento.⁵ Así, entre la población zoque el orden de importancia y el tipo de estos es: motriz, visual y auditivo. Entre la etnia tojolabal el orden se modifica de la siguiente manera: visual, motriz y auditivo, mientras que en la población tzotzil y tzeltal, el orden se invierte: visual, auditivo y motriz. Se insiste que las regiones tzotzil y tzeltal ocupan el más alto porcentaje de discapacidad visual en el estado de Chiapas y están muy por encima del promedio nacional. Una posible explicación sería que la región tzeltal está considerada como zona endémica de tracoma, e incluso se presume que en estos lugares se consume alcohol adulterado y de uso industrial, que provocan la pérdida del sentido de la vista e incluso la muerte.

El retiro de la actividad productiva se hace sin prestaciones sociales; trabajan por su cuenta. Bajo estas circunstancias, el viejo tiene que trabajar hasta que sus fuerzas así se lo permitan. El mayor calvario empieza cuando ya no es autosuficiente y depende de la ayuda de terceros para sobrevivir, muy en especial si se encuentra sumido en la pobreza, con bajo estatus social, viudo y enfermo crónico.

EL VIEJO O ANCIANO “TRADICIONAL” EN LA ETNOGRAFÍA MEXICANA

El estudio de la vejez indígena es aún incipiente. Tradicionalmente la antropología se ha ocupado del estudio de las culturas indígenas en general y poco se ha interesado en desarrollar investigaciones etnogerontológicas en lo particular. Sin embargo, la etnología se dio a la tarea, en diversos trabajos, de investigar el papel del anciano en comunidades indígenas, tanto contemporáneas, como de la antigüedad. Los trabajos generalizaban e idealizaban la ancianidad masculina toda vez que el rol asignado a los ancianos en estas culturas ha sido protagónico, pues a menudo se le atribuyen papeles gerontocráticos;** en cambio la mujer anciana prácticamente ha sido ignorada de

* Para más información sobre el maltrato al viejo, véase la obra de Reyes.⁸

** Por gerontocracia –dice Weber–⁹ debe entenderse: “la situación en que, en la medida en que existe una autoridad en la asociación, ésta se ejerce por los más viejos (originalmente según el sentido literal de la palabra: los mayores en años), en cuanto son los mejores conocedores de la sagrada tradición”.

sus funciones sociales en la vejez, excepto cuando desempeña papeles de curandera y particularmente de partera empírica, dada la importancia del papel que juega en este tipo de sociedades.

La atención en investigaciones etnológicas se centró sólo en aquellos “viejos” con poder de liderazgo, es decir, los más fuertes, los más sanos, los más lúcidos, en aquellos que tenían significación social para la comunidad; olvidándose de los que no cumplían estas funciones protagónicas, sea por su discapacidad física, sea por baja o nula influencia social, sea por su pobreza o que por efectos de senilidad los volvía “invisibles” o constituían contraejemplos a la teoría de la modernización* tan socorrida en el siglo pasado.

Fericgla¹² advierte este problema –refiriéndose al caso español–, diciendo que en la mayoría de los pueblos ágrafos los individuos no saben con exactitud su edad cronológica, y generalmente tampoco tienen interés en saberla, ya que en los contextos culturales en los que viven carece de importancia. Pero también debemos considerar la percepción del etnógrafo, ya que han llamado “ancianos” a los miembros del último tramo de edad que participaban activamente en la vida social, mientras que, por lo general, prestaban muy poca atención a los hombres y mujeres que por sus condiciones físicas, psíquicas o sociales de dependencia, dejaban de ser elementos operantes y de interés en el ordenamiento social y resultaban periféricos a él.¹¹

Para el caso mexicano, el viejo (masculino), no sólo en los grupos étnicos, sino en general en las sociedades primitivas, pero sobre todo en la comunidad indígena contemporánea, ha sido percibido e idealizado en forma homogénea como el que controla el poder en el pueblo a través de instituciones políticas como el Consejo de Ancianos; el conocedor de la tradición oral y de los rituales de la comunidad; quien maneja el control de los medios de producción; como el consejero; como ciudadano “principal”, quien manipula el control social a través de su conocimiento y experiencia; es chamán, quien conoce los secretos de la medicina, la magia y la hechicería, lo que lo hace potencialmente dañino

* En 1945 Leo Simmons¹⁰ fue el primero que se atrevió a proponer una teoría de la ancianidad en diversas sociedades primitivas anteriores al proceso de modernización, sin embargo, la teoría fue muy criticada toda vez que transmitía una imagen idílica del anciano en las sociedades tradicionales, al basar su teoría en un modelo social, hipotético y, por tanto, homogeneizador, generalizando la posición social del anciano, según tipo de economía y sociedad en desarrollo (recolectora, cazadora, pastores nómadas y agricultores primitivos –sedentarios–). El argumento central de la teoría de la modernización estriba en postular una pérdida gradual del estatus social del anciano, a medida que el proceso de industrialización avanza. Concibe una línea evolutiva, por etapas sucesivas, de lo “tradicional” a lo “moderno”, el cual generaliza señalando la existencia de diferencias muy apreciadas entre la posición que ocupan y el trato que reciben los ancianos en una u otra sociedad.¹¹

o sanador, según las circunstancias. Es, bajo esta figura idealizada, temido, protegido, querido, obedecido y respetado, no sólo por los suyos sino por la comunidad en su conjunto, pues el tiempo lo ha coronado con alto estatus social dándole la categoría de viejo venerado. Ignoramos si alguna vez esta vejez idílica existió. La realidad social es mucho más compleja como para tener una visión muy homogénea de la vejez indígena “tradicional”.

Teresa San Román, basándose principalmente en la experiencia española, resume muy bien la imagen idílica del anciano en las sociedades tradicionales. Al respecto critica tal posición, diciendo:

Polígamo, con las riendas del control económico y político en una mano y del poder ritual en la otra, amado y venerado por esposas y descendientes hasta el fin de sus días, depositario del conocimiento ancestral, de la sabiduría que sólo la experiencia concede en una sociedad donde sólo la experiencia daría las claves de la adaptación vital, cariñoso con los niños, educador de los jóvenes, autoridad para sus hijos y los hijos de sus padres, el anciano tradicional es la antítesis de anciano en una sociedad industrial, donde parecía ser poco más o menos que un jubilado.¹¹

Respecto a la experiencia mexicana, por ejemplo, Alfonso Caso cuando habla de los rasgos culturales positivos de los pueblos indios, enumera sus virtudes; entre otras destaca el sentido de *comunidad* solidaria entre todos los miembros de un pueblo; sin embargo, hace énfasis en la característica gerontocrática de los mismos. Al respecto comenta: “Otro de estos aspectos positivos es el respeto que sienten por sus propias autoridades que tienen el mando en el poblado por la voluntad misma del pueblo, y se tiene confianza en el buen juicio de los ancianos y se apoyan unánimemente las resoluciones a las que llegan en sus consejos [de ancianos]”.¹³

La mujer vieja, en cambio, prácticamente ha pasado desapercibida en los estudios etnográficos, pues el poder en la familia se le ha atribuido casi exclusivamente al hombre. La abuela pasa entonces a ser vista como figura materna pasiva, otras veces, como consejera. En los pueblos donde aún conservan tradición artesanal como la alfarería, la tarea tanto en ritos de iniciación como de enseñanza es confiada a las mujeres de mayor edad, es decir, a las viejas. En el ramo terapéutico, sólo algunas mujeres de edad avanzada practican el oficio de curanderas, sobre todo en la atención del embarazo, el parto y el puerperio.

Mención especial requiere, respecto a estudios de envejecimiento de la población femenina, el trabajo de Rosa María Lombardo, quien ya desde 1944 hacía serias advertencias sobre la consecuencia social de que la mujer no tenga derecho a la herencia. Esta obra tiene la virtud de que, además de ser pionera en el ramo, rompe el tabú en el que se tenía idealizado el papel de la anciana

en la cultura indígena. Sus verdades son muy elocuentes. Este trabajo lo desarrolló entre los tzeltales de Oxchuc, Chiapas; al respecto comenta:

... en la casi totalidad de los casos, la mujer no posee nada. Esto trae como consecuencia social, que la mujer, en muchas ocasiones, se convierta en un ser sin casa fija, teniendo que trabajar con alguna familia, para que le den en pago un poco de pozole para comer y un rincón en la humilde choza para pasar la noche y protegerse un poco del intenso frío que hay en la montaña.

Estas mujeres desheredadas, ya por haber quedado viudas y sin hijos varones o por ser estériles, tienen, además de sufrir las humillaciones que hemos indicado, que vestirse con harapos que les regalan, pues nunca pueden comprar un vestido nuevo por carecer de dinero.

La vida de la mujer en la vejez está todavía más llena de sufrimientos, pues vive única y exclusivamente de la compasión de los miembros de la comunidad, debido a que por su edad ya no puede desempeñar casi ningún trabajo con el cual pagar su alimento y el rincón de una choza donde dormir.¹⁴

Tenemos otros ejemplos más recientes de algunos estudios de la experiencia mexicana respecto al papel que juega el viejo en estas sociedades, ya dentro de la teoría de la modernización, el trabajo pionero de Oscar Lewis,¹⁵ quien dedica un apartado al estudio de la vejez, la enfermedad y la muerte en Tepoztlán, Morelos. Los criterios que determinan la vejez son atribuidos más bien a características físicas; así, una persona es reconocida como “vieja”, cuando ya no es capaz de trabajar y rendir como antes lo hacía, sea porque físicamente se encuentra débil o porque ha encanecido, ha arrugado y encorvado por efectos de la edad. La vejez hace meritorio recibir el respeto y la consideración de los demás; el viejo goza de algunos “derechos”, pues debido a las enfermedades generalmente crónicas asociadas con la vejez, le son permitidas algunas libertades de habla y comportamiento en sociedad, como por ejemplo emborracharse, insultar, usar términos sexuales, reír y llorar e incluso orinar en la vía pública, sin censura, a diferencia de los jóvenes en quienes podría ser bochornoso.

El informante de Calixta Guiteras, en su trabajo *Los peligros del alma*, refiriéndose a la visión tzotzil de la ancianidad dice que, por efectos de la edad:

Los ancianos tienen mucho poder porque han visto un gran número de cosas, que han atesorado en sus corazones.

El servicio que rinde a la comunidad aumenta el ‘calor’, ya que los funcionarios han estado en íntimo contacto con las deidades que gobiernan la vida y la muerte; y con aquel beneficio se adquiere el conocimiento del bien y del mal, lo que implica el poder

de juzgar y castigar. Acerca de los hombres y las mujeres que poseen calor, se afirma que son tanto buenos como malos, igual que como ocurre con los dioses y las manifestaciones sobrenaturales. Esto significa que tales personas pueden conservar y destruir, defender y devorar; y el ser humano padecerá en caso de que no les guarde el respeto que se les debe...¹⁶

La ancianidad, percibida bajo estas características, hace que prácticamente el sujeto se vuelva una deidad, toda vez que está cubierto de poder tanto para hacer el bien como el mal.

Una experiencia más nos la brinda, en 1969, la versión castellana del libro de Henning Siverts; *Oxchuc*, que es un estudio monográfico de un municipio indígena de Los Altos de Chiapas, de habla tzeltal. El autor, cuando habla de la organización política del grupo, se refiere a ella como el consejo tribal, el cual es una jerarquía formal de cargos nominados. A éstos se hallan ligadas labores y zonas de autoridad limitadas y para algunos de ellos existen trajes e insignias especiales. El consejo se forma, a saber, por el mismo número de representantes de cada calpul [barrio del pueblo]. Sin considerar la diferencia en las cifras de los miembros de los calpules, deberán aportar el mismo número de funcionarios con idénticos grados y misiones... deberá conducir a una forma de organización piramidal sin posibilidad de obtener poder sólo para los representantes de uno de los calpules.¹⁷

Para formar el consejo tribal se parte de los siguientes principios: a) *todo hombre tiene obligación de servir a su calpul*. El servicio que preste a su calpul (trabajo colectivo gratuito, servicio de cargos, etc.) le proporciona prestigio; b) *el principio de sexo*. Solamente los hombres son elegibles para la categoría de cargos; la mujer toma parte en las tareas del marido; c) *edad y experiencia*. Una edad avanzada supone una experiencia correspondiente y califica, por lo tanto, para cargos más elevados; d) *dotes y conocimientos especiales*. Conocimientos rituales, dotes sobrenaturales (mágicas) y pericia práctica y administrativa juegan un papel muy importante; e) *solvencia económica*. Se requieren gastos directivos; f) *parentesco y amistad*. El parentesco consanguíneo y afín, la vecindad y la amistad son utilizados por el candidato, así como por la autoridad proponente.

La selección de los miembros que integrarán el próximo consejo tribal corre a cargo de los funcionarios en turno. Por supuesto, la palabra decisiva la tiene el funcionario de más alto rango en el calpul, considerando el conjunto de cualidades del candidato.¹⁷ El viejo, entonces, entre más cargos importantes haya desempeñado, tendrá más prestigio y respeto en la comunidad; los jóvenes y adultos le guardarán respeto y obediencia.

Otra experiencia más de estudios sobre el rol del viejo, nos la brinda McAleavey,¹⁸ quien colaboró en la edición de la obra *Aging and Modernization*,

con un trabajo analítico sobre el rol del anciano en Santo Tomás Mazaltepec, una comunidad indígena zapoteca del Valle de Oaxaca. McAleavey señala que el anciano (considerado entre otros atributos, de 65 y más años) es visto como el jefe de familia, y tiene un rol de autoridad y poder sobre los jóvenes de su parentela, quienes le deben respeto y obediencia. Por otro lado, observó entre otros factores de cambio, por ejemplo, que a medida que la comunidad iba siendo más bilingüe [lengua indígena y castellano] o monolingüe en lengua castellana, el viejo iba perdiendo el rol de transmisión oral de generación en generación, del conocimiento acumulado por la experiencia en lengua materna. De esta forma el viejo dejó de ser fuente importante de conocimiento tradicional, y los jóvenes fueron adoptando ideas nuevas, “modernas”.

También en 1982, contagiados por la teoría de la modernización, Jay y Joan Sokolovsky¹⁹ hicieron un estudio acerca de los acelerados cambios de modernización y cómo afectan éstos el rol que juega el anciano, en la familia. El estudio se llevó a cabo en la comunidad indígena nahua de San Gregorio Amatango, en la parte serrana de Texcoco. De acuerdo con la tradición azteca, el anciano gozaba de una posición jerárquica de autoridad, un complejo sistema de política pública y posición ritual en la cual el anciano tenía roles importantes. Sin embargo, Amatango en los últimos 20 años, experimentaba rasgos modernizadores tales como electrificación, caminos, acceso a trabajos urbanos, escuelas de nivel primaria y secundaria, tecnología agrícola moderna, señal de televisión, introducción de agua potable, construcción de una clínica de salud, entre otros.

Los efectos traídos por la “modernización” del pueblo no se hicieron esperar. Aunque el viejo (considerado de 65 y más años) era respetado por los familiares, la familia extensa dio paso gradualmente a la familia nuclear con preferencias matrimoniales exógamas, y muchos viejos llegaron a vivir solos. El prestigio que se conquistaba a edades avanzadas como la de ejercer cargos civiles y religiosos terminó al ser éstos ocupados por personas de edades medias. Desaparecieron algunas danzas “tradicionales”, sustituidas por modelos urbanos. Pero quizás el más importante cambio cultural experimentado fue la reducción de los roles políticos de los viejos, a grado tal que llegaron a burlarse de ellos en forma pública.

Respecto a la mujer de edad avanzada, sus tareas se circunscribieron a los quehaceres domésticos, como la preparación de alimentos, el cuidado de la granja familiar, el cuidado de los nietos, cediendo espacios de consejera familiar. Mantuvo la libertad de ingerir alcohol con algunos hombres viejos en eventos sociales públicos.

Una experiencia más en estudios sobre el poder del anciano en la sociedad indígena nos la ofrece Neiburg,²⁰ quien en 1988 estudió la identidad

y el conflicto de los mazatecos del norte del estado de Oaxaca, y cómo intervino el Consejo de Ancianos en la vida política del grupo indígena en cuestión. En síntesis, dice que “en la sierra mazateca aún subsiste este ámbito de organización política que se forma a partir de la reunión de un grupo de [100 varones] ‘personas caracterizadas’* llamado Consejo de Ancianos o *Chuta Chinga*”. Cada “persona caracterizada” se encuentra relacionada a través de alianzas matrimoniales y de compadrazgo, con más de 400 individuos, se caracterizan por tener más de una mujer y por lo general son “cabezas de linaje”.

En la opinión de Neiburg,²⁰ en la zona norte de la sierra mazateca sí se ejerce la gerontocracia, pues

el Consejo de Ancianos posee injerencia sobre todos los problemas de la comunidad, siendo la función más importante a su cargo la elección del presidente municipal y de todas las autoridades que conforman el municipio, como también el control sobre las autoridades para que ejerzan ‘un buen gobierno’... la relación que existe entre las autoridades tradicionales [indígenas] y las formales [oficiales], indica que el verdadero poder de la comunidad está ejercido por los viejos, quienes controlan en todo momento las actividades y las acciones de los presidentes municipales. Los ancianos, a nivel individual, intervienen en todos los planos de la vida de la comunidad, en los casamientos, en los bautizos, en todos los ritos relacionados con las alianzas entre las familias.

Guardar alguna relación de parentesco con un anciano principal sea de carácter ritual, biológico o afín, da prestigio social al individuo y fortalece las alianzas de poder, de reciprocidades, de lealtades políticas, de solidaridad social.

Lamentablemente en la sociedad mazateca tampoco la mujer anciana puede ser reconocida como “persona caracterizada”, pues el reconocimiento social sólo lo conquistan algunos ancianos varones. Las mujeres no participan en las asambleas municipales y también les está vedada la participación en la toma de decisiones. De igual manera el matrimonio les es impuesto y, entre otras restricciones, no tienen derecho de herencia de bienes.

Otra experiencia más sobre estudios gerontológicos, esta vez sobre la cultura zoque de Chiapas, nos la brinda Córdoba,²¹ quien hace referencia a la

* Por “personas caracterizadas” Neiburg se refiere a individuos que por su edad, “han pasado por todos los cargos públicos –regidores, síndicos, tesoreros, agente municipal o presidente municipal. Desde el momento en que un individuo termina su cargo como presidente municipal, síndico o agente municipal es conocido como *chuta chinga* o persona caracterizada y pasa a formar parte del Consejo de Ancianos”.

función protagónica del anciano varón (considerado de 65 años y más), principalmente en su papel tradicional gerontocrático. Al respecto, advierte tres percepciones que tienen los zoques de los viejos, según adscripción religiosa. Así, los 'costumbreros' (ancianos que practican rituales tradicionales como la danza, música de carrizo y tambor, rezan en lengua nativa, etc.) "dirigen al grupo impartándole sus conocimientos. Son respetados y obedecidos". Los 'católicos' opinan que "no se les toma muy en cuenta y en muchas ocasiones se les impone la opinión de los jóvenes, aunque por la familia son respetados". Los viejos adscritos como 'adventistas' son "respetados, pero considerados como de ideas 'atrasadas'. Están subordinados a los hijos".

Continuando con la experiencia de los estudios de Córdoba, la mujer zoque, a partir de que es casada hasta de edades avanzadas es descrita sólo en actividades propias del hogar y del campo, desde las tres de la mañana hasta las 21 horas, entre otras actividades se dedica a la cocina, lava la ropa, atiende a los animales domésticos, corta y traslada leña del campo a su hogar, atiende a los hijos, zurce, platica con el marido y los familiares. En las notas etnográficas suele mencionarse que los hombres (de todas las edades) comen primero –y más– que las mujeres.²¹

En la sociedad zoque advertimos que el papel del viejo es cambiante según la adscripción religiosa en la que se desenvuelve, pero es importante la visión que los jóvenes y adultos, tanto católicos como protestantes, tengan del viejo, ya que a fin de cuentas, imponen el criterio de los jóvenes toda vez que descalifican las ideas "atrasadas" de los viejos. En otras palabras, la supuesta "autoridad" que tiene el viejo sobre la familia va desapareciendo rápidamente, y es conquistada por jóvenes y adultos de edades medias.

Como habremos apreciado con los ejemplos de estudios hechos en México sobre el rol del viejo masculino en las sociedades indígenas, podemos advertir, salvo el caso de los mazatecos del norte de Oaxaca en el que un sector de ellos constituyen el Consejo de Ancianos, que el viejo ha venido perdiendo poder y prestigio ante el embate de fuerzas modernizadoras. Al ser desplazado como única fuente de conocimientos orales, de maestro en diversos campos del conocimiento, le adjudican roles de menor prestigio conduciéndolo a la pérdida paulatina de poder social, cultural, económico y político, entre otras dimensiones. Sin embargo, la peor parte la ha sufrido la mujer, quien no ha sido considerada en ningún rol protagónico en la vejez –salvo el de curandera y partera–, por el contrario, el papel que ha jugado ha sido de desprestigio desde edades tempranas debido a su exclusión de las reglas de la herencia de bienes, imposición del matrimonio, y subordinación al esposo, entre otras limitaciones.

¿DE QUÉ “VIEJO” HABLAMOS?

Ya no podemos hablar de los viejos sólo desde la visión “tradicional”; hay ahora *nuevos* viejos, que buscamos estereotipar para poder distinguir diversas formas de envejecer. Hablar en forma genérica de “viejos” es muy riesgoso, es preciso hacer distinciones puntuales para saber a qué tipo de “viejo” hacemos referencia, pues hay varias “carreras” y formas de envejecer. No podemos tratar a tabla rasa a un grupo sólo porque ha rebasado una barrera etárea, social o biológica, y considerarlo como homogéneo, nada más falso. Hay de viejos a viejos, clasificación que podemos distinguir según la combinación de varios factores como la salud, la economía, el estatus social de prestigio, de las redes sociales y afectivas con las que cuente, del estado civil y muchos otros factores culturales.

A continuación desglosaremos varias caras de la vejez encontradas y construidas socialmente. No cubren todo el panorama del envejecimiento, pero pretende ser exhaustivo, considerando los datos encontrados en campo. Cada forma de vejez enunciada no se puede encontrar en forma “pura”, por lo que hacemos estereotipos donde sobresale una característica distintiva de ella, y la distinguimos por ese rasgo.

Viejos avaros. Se trata de una condición donde el individuo, desde etapas anteriores, se dedica a acumular bienes sin hacer uso de ellos, aun en situaciones de necesidad apremiante, sobre todo en la vejez. A este tipo de viejos no podemos clasificarlos como pobres en el sentido estricto del término. Su afán desmedido es acumular bienes, pero no se vale de sus riquezas para mejorar sus condiciones de vida, juzgadas e impuestas desde una visión externa de qué es vivir mejor, según la comunidad.

Conocimos a uno de ellos que, a decir de la gente, tenía en un potrero 300 cabezas de ganado y en otro, aseguran perdió la cuenta en el ganado número 900. Su familia no consumía carne, ni leche, ni sus derivados; vestían harapos. Generalmente este tipo de viejos son despojados de sus bienes, no gozan de respeto por parte de la comunidad y son vistos más bien con desprecio. Ignoramos el número de viejos avaros, pero consideramos que son cada vez más escasos. De esta faceta de la vejez no nos detendremos a escribir más, a pesar del interés que encierra.

Viejos criminales. Es la antítesis del viejo idealizado en la literatura etnográfica. La idea que se tenía de la vejez idílica se desploma toda vez que la figura del viejo sabio, respetado, venerado, protegido y consejero, da paso a la cara del viejo con conductas criminales. Así, un estudio sobre la situación del anciano

en la legislación chiapaneca registró las principales conductas delictivas en la vejez, siendo las siguientes: delitos sexuales, estafa, robo y drogas.²²

El Anuario Estadístico Chiapas 2002,²³ reporta, como presuntos delincuentes a un total de 165 individuos de 60 años y más de edad en el estado, de los cuales 149 son acusados de delitos del orden común y 16 del fuero federal; de éstos, 122 han sido sentenciados, 101 por delitos del orden común y 21 del fuero federal.* Llama la atención que personas de 60 años y más de edad estén involucradas en delitos relacionados con el narcotráfico, en sus diversas modalidades. Esta característica es digna de un estudio más amplio.

No obstante que esta segunda categoría de viejos es de sumo interés, sólo se enuncia como ejemplo para diferenciarlos del común idílico.

Viejos rabo-verde. En esta categoría están inscritas aquellas personas que por analogía son comparadas a la cebolla, es decir, no obstante de tener la cabeza blanca (canas, y su asociación con la vejez), tienen el rabo verde (vivo, activo, a pesar del tiempo). A este calificativo suelen agregarle que son viejos que andan “con el ojo alegre y el diente frío”. Hay también quienes señalan que son “locos” o “canijos”.

En nuestro recorrido de campo era una queja común de mujeres de quienes se había abusado sexualmente por este tipo de personajes, generalmente cuando bajaban del rancho al pueblo. Otros más, mediante artificios, logran favores sexuales de mujeres jóvenes. En esta categoría los hay ricos, medianamente ricos y pobres. Ser viejo rabo-verde parece estar marcado con una carga de autoestima más positiva que negativa, a pesar de la carrera perversa en que pudiera incurrir el sujeto. Varios de nuestros informantes, todos ellos varones, se autorreconocieron como tales. Presumieron ser coquetos, enamorados, de cascos ligeros, cuzcos o coscolinos, con “corazoncito”. No dudamos que existan mujeres de edad avanzada que también sean enamoradizas, muy en especial si quedan viudas, bellas y ricas. Ellas constituirían el parangón del viejo rabo-verde en la figura femenina.

Este tipo de viejos procurará, por diversos medios, aparentar menos edad a través de varios artificios. Por ejemplo, cada vez más personas, incluyendo al sector masculino, recurren al uso de tintes de cabello, tanto de origen natural como comercial, buscando con ello ocultar las canas, aunque presumirán, por otro lado, “tirar una cana al aire”. El uso de lentes graduados en la calle será reemplazado por otro tipo de anteojos, como accesorio al

* Los delitos sentenciados son mayores que los presuntos delincuentes debido a que se dictaron sentencias por la comisión de delitos en años anteriores.

vestuario. El bastón será una prenda poco aconsejable para aquellos que presuman su galanura. Asimismo, empezará la cuenta regresiva en el cumplimiento de aniversarios, estancarse en la edad o, en definitiva, empezarán a quitarse un par de lustros en la edad declarada. En su afán por sentirse jóvenes consentirán de buen gusto que sus nietos les llamen “papá”, en vez de abuelo.

A pesar de que este tipo de “viejazos” merecen especial atención, de momento sólo lo enunciamos como una cara más de la vejez que, cuando se adscribe a ella, puede hacerse desde edades “tempranas”, como pudiera ser desde los 50 años de edad, y se jacta de ello.

Viejos “principales”. Este es un rol exclusivamente masculino; la mujer comparte el estatus social del marido. Son personas que durante la carrera hacia la vejez han mostrado una conducta social intachable. Ante la comunidad son personas íntegras, con autoridad moral. Generalmente han desempeñado diversos cargos, tanto políticos como religiosos, de manera transparente y justa. Gracias al cúmulo de experiencias en el servicio a la comunidad son reconocidos con el más alto estatus social de “ancianos principales” o “personas caracterizadas” por su alto prestigio social. Bajo esta categoría la gente se acerca a ellos para pedir consejos o turnar casos como problemas matrimoniales, o fungir como mediadores de diversos conflictos o hacer las veces de albacea, testigo de asuntos legales del orden civil y religioso y hasta casamentero, sin remuneración alguna, salvo la conquista de mayor estatus.

El viejo “principal” tiene como característica que es frío y calculador. Sabe escuchar y es escuchado. En su discurso hace uso de la exquisitez de un lenguaje culto, metafórico y reverencial. Es altamente persuasivo y contundente en ceremonias que requieren el concurso de elaborados mensajes, donde “la palabra vuele sobre alas de mariposa”, en eventos tales como petición de mano, discursos fúnebres, rezos, mediación de conflictos y muchos otros eventos de diverso orden.

Bajo la figura de anciano “principal” ejerce el poder gerontocrático, asimismo, goza de amplio respeto por parte de la comunidad, sin embargo, el estatus social se mantiene alto en tanto la lucidez mental sea evidente. A medida que las capacidades tanto mentales como físicas vayan a menos, el respeto y la importancia de ser viejo “principal” va a la baja, hasta que la senilidad se apodere del sujeto, de la misma manera va siendo marginado y surgen nuevos candidatos potenciales a ocupar los puestos vacantes. Este tipo de vejez llamó poderosamente la atención de los gerontógrafos y la generalizaron e idealizaron para todos los pueblos indios. Nosotros únicamente lo enumeramos como una modalidad más de la vejez. Lamentamos no abundar más a pesar de la importancia que reviste su estudio, pues otros etnógrafos se han ocupado de ello.

Viejos ricos o con una economía desahogada. Este tipo de personas tiene resueltos muchos de sus problemas de orden económico en el contexto local. Gracias al interés económico que representa su dinero o propiedades, es cuidado, obedecido y protegido por los suyos, con fuerte carga de intereses instrumentales y, por qué no, también afectivos. En caso de enfermedad es atendido con toda una serie de consideraciones.

Cuando se alcanza la viudez bajo esta característica, los hombres ahora viejos, ricos y viudos, constituyen una seria amenaza para los jóvenes solteros pobres en la elección de pareja, pues una mujer joven preferiría casarse con un viejo rico, que con un joven pobre. Así la mujer podría optar en segundas nupcias con un joven pobre. En esta última opción se dice que la mujer “compra” marido. Sea hombre o mujer viudo rico, se vuelven parejas potencialmente codiciables.

Algo muy importante que referir es el hecho de que los hijos de este tipo de viudez rica, primero exigirán (o despojarán) al padre o a la madre, según sea el caso, mayor herencia, con la finalidad de que la nueva pareja no se haga de todas las propiedades en un santiamén. El o la viuda negociará sus propiedades con sus hijos antes de contraer segundas nupcias. Este tipo de vejez es quizás el más escaso, pero no por ello menos importante.

De momento sólo lo enunciamos y no nos detendremos más en su descripción, salvo el considerarlo como una forma deseada de alcanzar edades avanzadas con una economía desahogada.

Viejos sanos y lúcidos. Se trata de personas que, a pesar de su edad avanzada, mantienen una salud envidiable y su lucidez es extraordinaria, pudieran estar en su mejor momento de producción y capacidad intelectual. Bajo estas circunstancias se mantienen activos en términos laborales. Este viejo es productivo, es el proveedor económico y es considerado como el jefe de familia, hasta que alguna enfermedad discapacitante lo confine en casa.

La lucidez mental es el factor que determina cuándo un viejo debe ser considerado como sano, a diferencia del viejo que sufre la pérdida de facultades mentales (aunque físicamente esté bien) que requiere de la ayuda de terceros, especialmente en el manejo de dinero, auxiliarlo a encontrar su casa cuando éste no se acuerde dónde vive, ayudarlo a recordar y reconocer eventos, lugares y personas.

Hay viejos sanos que gozan de fama de ser buenos curanderos, brujos y parteras. Se cree que por conocer los secretos de la medicina y de la magia se benefician a sí mismos para alcanzar una vida longeva en plenitud de sus facultades, tanto físicas como mentales.

Vejez decrepita atendida. Se trata de una vejez muy peculiar, pues a pesar de las condiciones de pobreza en que vive el viejo, recibe cuidados y atenciones en el seno familiar hasta el fin de sus días. El cuidado está a cargo casi exclusivamente de la mujer, y muy pocas veces la responsabilidad del cuidado recae en el hombre, pues este último tiene funciones más bien de proveedor.

La vejez en la pobreza que es colmada de cuidados pudiera ser explicada, en parte, gracias a la carrera trazada hacia la vejez que tuvo el sujeto, al procurar amor, protección, apoyo y haberlos criado con el ejemplo de trabajo arduo y honrado. Este modelo de atención recíproca es expresado localmente como “está cosechando lo que sembró”, modelo idealizado que no siempre resulta en una atención mecánica. Otra forma más de explicación subyace en la capacidad que tuvo el viejo en heredar en vida bienes a sus hijos (generalmente varones) cuando éstos contrajeron matrimonio.

La costumbre de heredar en vida a los hijos funciona como una especie de transacción de cuidados en la decrepitud. Muchas veces el monto de la herencia es estimado en relación con los cuidados que deben ser dispensados durante la vejez; la falta de cumplimiento a este compromiso por parte del heredado puede verse reflejado, a la vez, en un “pago con la misma moneda”, de parte de los suyos, en caso de alcanzar edades extremas.

Generalmente este tipo de viejos cuenta con una amplia red de parentesco no sólo biológica, sino también ritual y afín, y los vínculos que los unen son relaciones afectivas y de apoyo ante el envejecimiento y la enfermedad.

En el plano físico hay un padecimiento muy temido en los diferentes tipos de vejez, y se trata del “aire al corazón”, cuadro mórbido caracterizado por sopor profundo, pérdida de conciencia, sudoración fría, dificultad respiratoria y palidez. De sobrevivir a este evento el individuo es confinado en casa por tratarse de un padecimiento discapacitante. En el caso de la vejez atendida el paciente recibe atención en el seno familiar.

Este tipo de vejez es digna de estudio para conocer más a fondo cómo funciona, sin embargo, será motivo de atención en otro momento.

Vejez decrepita no atendida. Característica del último tramo del ciclo de vida donde el culto a la vejez se vuelve un mito. Es la manifestación más cruda de la edad pronunciada, donde la crisis del estatus social toca fondo y el sujeto es condenado a una muerte social. Él ve insistentemente a los demás, pero los demás ya no voltean a verlo, se ha vuelto “invisible” para la sociedad. Tal vez cause tristeza en algunos, indiferencia en otros, pero nadie o casi nadie se atrevería a adoptar a una persona en su condición decrepita. Viven en el mundo del llanto y la añoranza, sumidos en la tristeza y el desamparo, donde el tiempo se vuelve cruel y se cobra con creces la estadía.

En este tipo de vejez sí nos vamos a detener por varias razones. A saber, cuando se habla de “vejez”, en términos genéricos, por alguna razón se hace énfasis en un tipo de vejez estigmatizada que conjuga tres características básicas: enfermedad crónica, soledad y pobreza extrema. Cuando se mezclan significa la ruina para el anciano; condición que es muy temida, pues dado el dramatismo en que se desarrolla, muchas personas preferirían morir antes de sufrir una agonía prolongada.

La vejez decrepita no atendida se caracteriza porque el grado de dependencia para el desempeño de las actividades diarias está supeditado a la ayuda de terceros para la supervivencia, situación que no se brinda, y las enfermedades crónico degenerativas progresan rápidamente. Este tipo de vejez es más crítica si el sujeto, además del cuadro de sus múltiples padecimientos, sufre ceguera, parálisis o incontinencias. Sin embargo, lo que hace más difícil sobrellevar este tipo de vejez es que no es atendida por parte de los familiares y, bajo esta circunstancia, es común que el viejo termine abandonado a su suerte y sobrevive de la caridad de las personas, de algunos grupos religiosos y, muy eventualmente, de parientes lejanos.

Generalmente son personas que han alcanzado la viudez y las relaciones familiares se vuelven frágiles. Ante semejante condición, la población vería bien su muerte “para que deje de sufrir”. La gente está convencida de que este tipo de vejez es el resultado de una carrera trazada desde edades tempranas, donde el individuo recibe un trato que obedece al modelo recíproco de atención, por lo tanto, está “cosechando lo que sembró”.

Personas con características de vejez decrepita califican este último tramo de vida como un periodo “triste”, toda vez que el viejo, cuando ya no es productivo y pierde lucidez, es visto en condición subhumana, es decir, sin estatus social, sin protección alguna.* Sufre de indiferencia especialmente si es ciego, sordo o padece demencia senil, y la atención que demanda es de tiempo completo. Es visto más bien, como una carga para la familia y la atención que reclama para él es brindada a niños y personas en edad productiva. Por otro lado, las enfermedades “de viejo” son vistas como una respuesta natural del tiempo en el organismo, y por tanto, sin cura, además de que los tratamientos son muy costosos. Bajo esta perspectiva, sólo se espera la muerte

* Existió, entre 1994 y 1996, un programa de reparto de despensas (2 litros de aceite, 2 kilogramos de harina de maíz, un kilogramo de azúcar, dos bolsas de sopa y una bolsa de sal) a personas de 60 y más años de edad, por parte del DIF (Desarrollo Integral de la Familia), sin embargo, el programa fue cancelado ya que tomó tintes partidistas condicionando el voto por la despensa, y el conflicto se agudizó enemistando a sus “beneficiarios”.

del sujeto, situación que suele cumplirse en un tiempo bastante corto si antes no opta por el suicidio.

Cuando un viejo inoportuna con sus continuos achaques, suele usarse una expresión muy común por parte de los parientes, que induce al anciano al suicidio, pues lo hace sentir un estorbo: “¿Por qué no te mueres?”. Sentencia, que al ser escuchada, hace que la mujer anciana opte generalmente por disminuir gradualmente la cantidad de por sí raquílica de sus alimentos, buscando con ello acelerar su padecimiento y provocarse la muerte por inanición. Además, hay que considerar que la dentadura en este sector de la población no es la adecuada para el consumo de alimentos de consistencia dura; los hábitos de alimentación son modificados de manera que puedan “chopear”.* Los hombres, en cambio, suelen optar por intoxicarse con alcohol, también es común que recurran a la ingesta de insecticidas, pesticidas o herbicidas.** Otros más, suelen colgarse. Desconocemos la incidencia de suicidios en la vejez, pero lo referimos como una respuesta al problema en estudio.‡

La vejez decrepita es percibida, entonces, como un periodo inútil y agónico, cuya cura es la muerte. De hecho, varios informantes expresaron esta idea diciendo: “Que Dios se acuerde de mí; ya quiero descansar”.

En Chiapas hemos documentado tres “tiraderos” de viejos decrepitos, que en orden de importancia son los siguientes: la choza del paciente (rancho o pueblo) donde lo dejan abandonado a su suerte y sobrevive de la caridad; el hospital en ciudades, donde lo internan y no vuelven más por él, y la iglesia en ciudades, lugar donde es abandonado durante el oficio religioso. Eventualmente suele escucharse en los pueblos que vocean a través de unidades móviles o por la radio, la búsqueda de familiares de algún viejo abandonado, dando sus generales. Existen también denuncias ante el Agente del Ministerio Público, donde se levantan actas de abandono de persona. Cuando esto llega a suceder y las personas en abandono no son reclamadas, algunas veces son turnadas a asilos de asistencia social, sin embargo, es común que la víctima se deje morir “de tristeza”.

Hasta aquí llega nuestra tipología. Nos queda claro que hay una diversidad de formas de envejecer y que aparecerán otras. Requerimos de registros

* Práctica que consiste en remojar previamente los alimentos de consistencia dura para hacer más fácil la masticación.

** El Anuario Estadístico Chiapas 2002 reporta para el año 2000, un total de 894 muertes por envenenamiento accidental y por exposición a sustancias nocivas.²³

‡ Para el año 2001, el mismo Anuario Estadístico²³ registró sólo un suicidio en el rango de edad de 65 y más años, y 78 lesiones auto infligidas intencionalmente, 43 de ellas provocadas en el hogar.

epidemiológicos para conocer su número, evolución y distribución en esta sociedad, pero sobre todo, preparar las condiciones para que los *nuevos* viejos hagan frente a la vejez de una forma más digna.

EL SÍNDROME GERONTOFÓBICO

Este es un cuadro exacerbado por el temor al envejecimiento que aparece desde edades tempranas y se evidencia más a medida que avanzan los años; se caracteriza por la resistencia del individuo a renunciar a la fase de prevejez (etapa autopercebida llena de vida, de fuerza, de coraje, de lucidez, de belleza, de productividad, de salud, de liderazgo, etc.) e ingresar al último tramo del ciclo vital con pérdida paulatina o accidentada de habilidades que lo identifiquen como decrepito y dependiente de terceros hasta su muerte.

Para conocer el punto de vista de los actores nos valemos de testimonios con fines de análisis etnogerontológico, que nos ayudarán a comprender cómo una sociedad determinada percibe el concepto “viejo”, categoría impuesta desde afuera.

Uno de los grandes problemas que afrontamos con los informantes fue el hecho de utilizar conceptos de “viejo” y “anciano”, para referirnos y tratar a tabla rasa a personas “de edad avanzada”, que en términos estadísticos eran identificadas por criterios etáreos de 65 y más años de edad.

Pronto nos dimos cuenta que en la interacción cara a cara con la mayoría de los agentes involucrados en el proceso de la investigación, no sólo rechazaban el concepto, sino que causaba serias molestias e incluso muchas personas que pasaban de los 90 años de edad, con frecuencia recurrían a escudarse con algunas resistencias culturales para no autorreconocerse como “viejas” o “ancianas”.

Para nuestros interlocutores, específicamente la palabra “viejo” la interpretaban o referían como sinónimo de inservible, vejestorio, caduco, achacoso, senil, chocho,* improductivo, que vive en el pasado, que no acepta ideas nuevas, llorón, acabado e inútil; situaciones que dibujan un cuadro característico de una vejez decrepita, “no exitosa”. Sin embargo, la palabra “anciano”, aunque estaba asociada con la edad “avanzada”, también era motivo de rechazo, aunque en menor medida, sin embargo siempre refunfuñaban cuando se trataba el tema. En otras palabras, negaban autoidentificarse bien como viejo, bien como anciano; a los más, tan sólo aceptaban iniciar la vejez o en palabras

* Expresión castiza aplicada a personas que, por efectos de la edad, en el habla cambian las “s” por “ch”. Así, “sopa” dirán “chopa”, “pasa” por “pacha”, etc. La atrofia del habla viene a ser un reflejo de que el organismo también “chochea”, manifestada a través de los achaques.

de los zoques: “asomaban –de reajo– la cara a la vejez totalmente declarada, de plano acabado”. Es decir, se asumían como previejos.

Así, la pregunta directa: ¿“Se considera usted anciano o viejo”?, causaba mucho enfado, especialmente en los hombres, y contestaban a regañadientes. Otra pregunta más que irritaba a los entrevistados era: ¿“cuándo empezó usted a sentirse viejo”? A medida que avanzábamos con las entrevistas, grande era nuestra sorpresa pues, no obstante de entrevistar a personas de 65 y más años de edad, que teóricamente deberían entrar en la categoría conceptual de “viejo” o “anciano”, no declaraban serlo. El marco conceptual, entonces, debería ser redefinido, considerando la opinión de los agentes involucrados en el proceso de la pesquisa.

No es fácil que un individuo se autorreconozca como “viejo” (excepto bajo la figura de ‘rabo-verde’). Adscribirse como perteneciente al último tramo del ciclo de vida causa serios rechazos y conflictos de muy diversa naturaleza por parte del sujeto. Por ejemplo, no son bien recibidos los primeros señalamientos que advierten: “ya no estás para esos trotes”, “ya no te cueces al primer hervor” o si en vez de bailar se dice que “tira polilla”, o bien, “has dado el viejazo”, etc. Renunciar a una etapa de prevejez para asumir un nuevo rol de “vejez decrépita” es dramático, a tal grado que los informantes argumentaron que preferirían primero la muerte, a sufrir una agonía prolongada caracterizada por dolor, lástima y sufrimientos agónicos. Para muchos autorreconocerse como viejo constituye un tabú, por ello buscan refugios culturales donde protegerse del embate de la muerte social.

A la pregunta directa: “¿Se considera usted anciano o viejo?”, más de uno mostró su enfado contestando “¡Viejos los cerros, y todavía reverdecen!”, o bien, “Soy ‘viejo’, * pero no de todas”. Fue el caso concreto de Don Miguel, de 65 años de edad. Después de platicar un rato aceptó, a regañadientes, lo siguiente:

... Bueno, digamos, tampoco soy un jovencito. La verdad es que *ya peino canas*...

De hecho, solamente de la cara soy viejo, pero yo no me siento viejo. Estoy fuerte y sano, aunque de repente me siento muy cansado y no me dan ganas de salir a trabajar. Es cierto que ya no puedo hacer los trabajos que antes hacía, ahora me canso con facilidad, siento que trabajo más, pero avanzo menos.

Para la gente del pueblo sí soy viejo, pero yo no me considero serlo. De hecho, me confían “trabajo de viejos” [pedimento de mano, rezador, danzante, músico de flauta

* En esta acepción la palabra ‘viejo’ está considerada como sinónimo de esposo, pareja, compañero. Sin embargo, cuando la esposa interroga a su cónyuge: “¿quién es esa vieja”?, tiene una connotación peyorativa.

y carrizo], pero porque reconocen de mí que todavía puedo hacerlo, que mi mente se acuerda y ordena bien las cosas. Bueno, le voy a confesar una cosa: de repente las reumas no me dejan en paz, se están apoderando de mi cuerpo, de mis manos, y mi cabeza me duele ¡Pero voy a ver al doctor, a ver qué me aconseja!

La experiencia de platicar con Don Laureano, de 85 años de edad, fue muy interesante. Su cabello teñido de negro y profundas raíces blancas llamaba poderosamente la atención. Cuando le planteé la pregunta, su respuesta fue muy elocuente.

No. Definitivamente no me siento viejo... –y acercándose a mí, murmuró: ando de “noviero”. Desde joven he sido muy enamorado, bailarín, alegre, jugador. ¡Me gustan las mujeres! De hecho, este es mi segundo matrimonio, mi primera mujer se murió, y si se vuelve a morir esta, pues me caso otra vez, total.

No. Definitivamente no soy viejo, la prueba está en que mis nietos me dicen “papá”; no “abuelito”, y yo les digo “hijos”. Eso sí, mis lentes no los uso en la calle, pues “me hacen ver viejo”.

A mi edad le puedo presumir que no conozco lo que es una inyección. En cambio hay unos que se dicen jóvenes y no salen del doctor...[ríe a carcajadas].

La charla con Doña Marcelina, mujer de 94 años, fue muy interesante, pues a pesar de su avanzada edad, definitivamente negó aceptar su vejez. Sus argumentos los sustentó de la siguiente manera:

No, no soy vieja. Trabajo, me mantengo por mí misma. Quiero seguir trabajando, tengo ganas de seguir trabajando. No me puedo estar quieta. Soy partera, y si hay un parto sea de día o de noche, me llaman y voy. El trabajo hace que no me dé tiempo de pensar si estoy vieja o no.

Mi oído izquierdo anda fallando, y aunque camino lento, voy por mi leña, hago mis tortillas. Así me mantengo trabajando. El día en que ya no pueda hacer nada y me sienta inútil, entonces prefiero la muerte, pero mientras pueda hacer mis cosas y me pueda mantener, no voy a ser vieja. Mi corazón quiere trabajar.

Lamentablemente cuando regresé tres meses después a querer platicar con Doña Marcelina, ya había perdido el sentido del oído; no pude platicar más con ella. Me miró y al parecer no me reconoció.

Un recurso muy socorrido para no reconocerse como viejo es quitarse la edad, estancarse en una “edad promedio” o definitivamente empezar a “descumplir años” cada aniversario. Aunque en este rubro tenemos muchos registros, deseamos ejemplificar uno que por su ingenio lo hace muy peculiar. Se trata de Don Enrique, de más o menos 75 años, quien no se reconoce como viejo toda vez que argumenta:

Soy rico. Trabajo, digamos, por deporte, no por necesidad. Cuando enviudé muchas mujeres jóvenes vinieron a coquetear conmigo, precisamente porque me ven joven, y no tanto por mi dinero. ¡Apenas tengo *sesenta y quince años!*, aunque mandé hacer tres actas de nacimiento con fechas de nacimiento diferentes, éstas las utilizo según las necesidades y apoyos que brinda el gobierno (PROCAMPO).

Bueno, empiezo a ensayar a ser un poco viejo. Me di cuenta el día que no pude montar mi caballo de un solo salto. No sólo no pude montarlo, sino además, fui a dar contra el suelo (ríe a carcajadas).

Por otro lado, me doy cuenta que no soy viejo, pues me gusta cumplir como hombre. Claro, ya no es lo mismo como cuando uno es chamaco, pero tengo apetito sexual. No como los viejos, que nada más se la pasan recordando sus buenos tiempos. Creo que el sexo mantiene al hombre joven, con ganas de vivir, pero si se abusa, nos puede envejecer rápidamente.

El hecho de que una persona goce de mejor situación económica, parece ser un aliciente muy importante que ayuda al individuo a tener elementos más sólidos para no reconocerse como viejo. Es el caso de Sr. Vázquez (†), de 70 años de edad, que no obstante de sufrir paraplejia insistió:

No, no soy viejo. Esta enfermedad es pasajera. Me vino así de repente. Estaba parado frente a la iglesia cuando empecé a ver nublado y a sentirme muy mareado. Perdí el conocimiento y desperté en el hospital. Tengo todos los cuidados, nada más que pase mi enfermedad y me reincorporo al trabajo. Ya tengo ganas de trabajar y ese es buen signo, dice el doctor.

Solamente porque estoy en esta silla de ruedas, si no, ya estuviera viajando. Estoy acostumbrado a trabajar y no a estar sentadote todo el día. Me siento fuerte, el problema es que medio cuerpo lo tengo entumido, con todo y eso no me siento viejo. Ya quiero trabajar. Mi vida es el trabajo.

El señor Vázquez no vio cumplidos sus sueños, pues la muerte le sorprendió un par de meses después de la entrevista. Aceptar la vejez no es cosa fácil, justamente por las implicaciones con las que está asociada esta última etapa de la vida, por ello razones sobran para inventar argucias y poner trampas para no autorreconocerse como viejos.

Respecto a la figura masculina, mientras el individuo esté medianamente sano y apto para el trabajo, para aportar dinero a la casa, si aún es considerado como el jefe de familia, si no presenta cuadros de demencia senil, si presume de su libido, de su "segundo aire", si aún conserva el control de los medios de producción y especialmente si no sufre de enfermedades crónicas y degenerativas que lo confinen en casa, entonces se autopercibe como una persona productiva, previeja y no "vieja", entendiendo por ello sinónimo de caduco, inservible, achacoso.

En cambio, en la figura femenina, los requisitos para aceptar la vejez al parecer se acentúan en edades más tempranas, prácticamente desde la menopausia y, a diferencia del hombre, la mujer suele aumentar su edad como advirtiendo que pese a los años, puede desarrollar actividades que otras en apariencia más jóvenes que ella. Así sucedió con varias mujeres que, molestas por semejante pregunta, exageraban su edad cronológica cuando se les pidió la declarar. Si tenían más o menos 75, registraban en forma burlona "creo que ya tengo unos 95...". Comprendíamos el enfado que causaban las preguntas inquisidoras. La edad es un tabú.

Finalmente, cuando una persona en definitiva acepta su vejez, ésta, por lo general, la confiesa llorando. Tal es el caso de Don Daniel, de ya casi 92 años, viejo que goza fama de gruñón y mal hablado. Lo visitamos en compañía de un nieto suyo, pues nos habían advertido que es hombre de muy pocos amigos, y temíamos de su mala fama. Lo encontramos amodorrado sentado en su hamaca, sólo y con el dorso desnudo; mirando hacia la calle. Temeroso me presenté diciendo:

- Don Daniel, buenas tardes
- ¡Buenas tardes!, –contestó con voz fuerte, y temí lo peor. Y agregó: ¿De dónde viene usted?
- De Oaxaca, Don Daniel, de Oaxaca La Bella..., contesté humildemente.

Los ojos de Don Daniel se humedecieron y montó en llanto frenético. Lloró como niño por varios minutos. A lo que agregué:

- ¿Se siente bien, Don Daniel, ¿puedo ayudarle en algo?

Entre sollozos nos contó que allá por 1920 (¡hacía 79 años!) conoció a una muchacha zapoteca, del Istmo de Tehuantepec, de la cual se enamoró perdidamente. Sin embargo, el padre de la novia no consintió la boda porque lo veían pobre y no era buen partido para su hija. Desde entonces decidió regresar a tierras chiapanecas con el corazón hecho añicos, situación que a la fecha recuerda con profunda tristeza, pues sigue enamorado de ella, a pesar del tiempo transcurrido.

A partir de entonces me volví su "paisita", su confidente y su amigo. En aquel temido viejo gruñón solitario se escondía un anciano bonachón, deseoso de hablar con alguien, de ser escuchado y compartir sus vivencias que recordaba con perfección, cosas que había hecho hacía muchos decenios atrás, aunque no era capaz de recordar actividades del día anterior.

Aceptaba que su vejez se había declarado en forma insidiosa; que sus hijos ya no se acordaban de él, que no lo visitaban más, y cuando lo hacían, terminaban peleados. Eso le entristecía enormemente. Asimismo, le da miedo

salir, pues a menudo se pierde al no encontrar el camino de regreso de la iglesia a la casa. Ha optado por sentarse en la banqueta de su casa para ver pasar a la gente. Ya no lo saludan, pues está perdiendo rápidamente el sentido del oído y su vista se ha debilitado considerablemente. Dijo que no tenía temor alguno de morir, por el contrario, que ya quería descansar. Sin embargo, nos pidió que a nuestro regreso lo volviéramos a visitar, pues aún tiene mucho que contar, tanto que la narración tomaría meses. Aceptamos la invitación, pero eso será motivo de otro trabajo.

Sirvan los ejemplos antes vistos como un estudio de caso, que nos induzca a comprender el síndrome gerontofóbico, especialmente en la sociedad indígena de cómo percibe y afronta la vejez en circunstancias muy especiales.

PALABRAS FINALES

El contexto socioeconómico antes descrito nos muestra que ya no podemos asumir una vejez idílica como elemento explicativo del último tramo de la vida. El cambio demográfico y social experimentado por estos pueblos ha transformado “la costumbre”, las más de las veces con saldo negativo para el sector envejecido.

En la sociedad indígena el peso cultural es de importancia y se refleja en la expresión popular acerca de la forma como es percibida la vejez, no monolítica sino diferenciada por cuestiones económicas, de salud, de comportamiento en la vida, etc. Mostrando un abanico de tipos de viejos-as, de diferentes formas de envejecimiento y de modelos de atención.

El crecimiento de la población de 65 y más años de edad se mantiene al alza, por lo que necesitamos afrontar el problema de atención a este sector en mejores condiciones socioeconómicas. Ahora que sólo representan 3.58% no hemos sido capaces de brindarles una vejez digna, pues están desprotegidos en varios sentidos. Para ello es preciso hacer investigación gerontológica que nos ayude a comprender mejor el problema del envejecimiento no sólo en poblaciones indígenas, sino en varios ámbitos de la sociedad.

Los primeros pasos en investigación están dados, pero falta mucho camino por recorrer. Valga este capítulo como una introducción al tema, pues necesitamos estar mejor preparados para hacer frente a un planeta que envejece. Aquellos jóvenes que hoy en día tienen entre 30 y 35 “primaveras” ¿cómo se verán a sí mismos cuando dupliquen su edad actual?

Referencias

1. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. VIII Censo General de Población y Vivienda 1960. México,DF: INEGI, 1963.
2. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. IX Censo General de Población y Vivienda, 1970. México DF: INEGI, 1971.
3. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. X Censo General de Población y Vivienda, 1980. México, DF: INEGI, 1984.
4. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. XI Censo General de Población y Vivienda 1990. México, DF: INEGI, 1991.
5. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. XII Censo General de Población y Vivienda, 2000. México, DF: INEGI, 2001.
6. Villasana-Benítez S. Identidad étnica entre los zoques de Chiapas. Estudio comparativo (tesis). México, DF: Escuela Nacional de Antropología e Historia, 1995:332.
7. Reyes-Gómez L. Población indígena mayor. El envejecimiento de la población zoque de Chiapas. México, DF: Instituto de Investigaciones Sociales, UNAM. Demos, Carta Demográfica de México 2001;14:29-30.
8. Reyes-Gómez L. Envejecer en Chiapas. Etnogerontología zoque. México: Instituto de Estudios Indígenas-Universidad Autónoma de Chiapas, Programa de Investigaciones Multidisciplinarias sobre Mesoamérica y el Sureste-Universidad Nacional Autónoma de México, 2002:185-198.
9. Weber, M. Economía y sociedad. México,DF: Fondo de Cultura Económica, 1978:184.
10. Simmons L. The Role of the Aged in Primitive Society. New Haven: Yale University Press, 1945.
11. San Román-Espinoza T. Vejez y cultura. Hacia los límites del sistema. Barcelona, España: Fundación de Caja de Pensiones, 1989:17, 49, 129.
12. Fericgla JM. Envejecer: una antropología de la ancianidad. Barcelona, España: Anthropos, 1992:59.
13. Caso A. La comunidad indígena. México, DF: Secretaría de Educación Pública, Sepsetentas-Diana, 1971.
14. Lombardo-Otero RM. La mujer tzeltal. México, DF: Instituto Nacional Indigenista, 1944:57-58.
15. Lewis O. Life in a Mexican Village: Tepoztlán Restudied. Chicago, Illinois: University of Illinois Press, 1963:411-417.
16. Guiteras-Colmes C. Los peligros del alma. Visión del mundo de un tzotzil. México, DF: Fondo de Cultura Económica, 1965:237.
17. Siverts H. Oxchuc. México, DF: Instituto Indigenista Interamericano, Ediciones especiales, 1969;52:146,150.
18. McAleavey FA. The role of old people in Santo Tomas Mazaltepec. En: Cowgill DO, Holmes LD, ed. Aging and Modernization. New York: Apple Century Crofts, 1982:103-126.

19. Sokolovsky J, Sokolovsky J. Familial and public contexts for aging: Growing old in a rapidly changing Mexican Village, *Aging and the Third World: Part II, Regional and Ethnographic perspectives*. Williamsburg, Virginia: *Studies in the Third World Societies*, 1982, Publication No. 23:111-146.
20. Neiburg FG. *Identidad y conflicto en la sierra mazateca: el caso del Consejo de Ancianos de San José Tenango*. México, DF: Ediciones Cuicuilco, Colección Divulgación INAH, ENAH, 1988:127-129.
21. Córdoba O, Francisco R. Ciclo de vida y cambio social entre los zoques de Ocoatepec y Chapultenango, Chiapas. En: Villa Rojas-Velasco T, Báez J, Thomas D. *Los zoques de Chiapas*. México, DF: Instituto Nacional Indigenista, Serie Antropología Social, 1975;39:189-220.
22. Ruiz-Utrilla ML. *Situación del anciano en la legislación chiapaneca (tesis)*. San Cristóbal de Las Casas: Facultad de Derecho – Universidad Autónoma de Chiapas, 1988:107-116.
23. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática-Gobierno del Estado de Chiapas. *Anuario Estadístico Chiapas 2002*. México: INEGI-Gobierno del Estado, 2002: 302-303.

VEJEZ Y POBREZA EN MÉXICO: CONCLUSIONES Y RETOS

V. NELLY SALGADO DE SNYDER

El presente ejercicio de elaborar las conclusiones de un libro que gira en torno al envejecimiento, la pobreza, el género y el proceso de salud-enfermedad en un contexto generalizado de inequidad social implica, indudablemente, incursionar en un terreno ambiguo y cargado de contradicciones. Es por esto que seguramente la lectura de los capítulos que conforman esta obra ha provocado en el lector una mezcla de sentimientos encontrados que obliga a reflexionar, cuestionar y proponer alternativas.

El conocimiento detallado de una nueva realidad o de una realidad olvidada, como es el caso de los ancianos y ancianas que viven en la pobreza, debe obligarnos por un lado, a hacer una reflexión profunda acerca de qué tan apropiados son los modelos actuales que están encaminados a promover el bienestar generalizado de la población en un marco de equidad. Por otro lado, y como consecuencia de este ejercicio, nos vemos obligados a proponer alternativas y modificaciones en las políticas y contextos en los que surgen los problemas a los que se enfrentan los ancianos pobres. Sin embargo, debemos estar concientes de que no es posible buscar alternativas sin cuestionar los actuales marcos operativos y el contexto social en el que se genera y se perpetúa este problema.

Es evidente que el aparente olvido en el que se encuentran los ancianos y ancianas que viven en la pobreza no responde a una situación accidental, sino es una consecuencia de las políticas públicas que en su momento no ubicaron a este grupo poblacional entre los prioritarios para recibir apoyo. Hace una década el envejecimiento poblacional de México y los factores asociados al mismo no representaban un problema prioritario en el contexto nacional. Sin embargo, los datos de investigaciones recientes –como las que se presentan en este volumen– y las proyecciones demográficas actuales nos remiten a una realidad que no permite postergar la necesidad de llevar a cabo modificaciones en las prioridades en investigación, políticas públicas y acciones concretas encaminadas a la promoción equitativa del bienestar generalizado para los adultos mayores del país.

A manera de síntesis, es importante recordar que en el mundo hay aproximadamente 600 millones de ancianos, y para la mitad de este siglo, se

estima que este número aumentará a los 2 000 millones. Mientras que para Latinoamérica se proyecta que en el año 2025 habrá casi cuarenta millones de ancianos, en México específicamente, en el año 2000 había siete millones de personas de 60 años o mayores, pero para el año 2050, uno de cada cuatro mexicanos estaremos en ese grupo etéreo. A estos datos hay que agregar un factor más: la pobreza. Es así que 54% de la población mexicana vive en la pobreza, de aquélla 23% vive en pobreza extrema y los ancianos representan a la mayoría de este grupo en desventaja. Además, 28% de los hogares con ancianos se localizan en comunidades pequeñas, generalmente aisladas, pobres y marginadas.

El tercer factor que se une a los dos primeros, es la inequidad de género la cual se acentúa entre la población de adultos mayores. Las mujeres ancianas siguen llevando a cabo funciones asignadas a su rol de género que primordialmente consisten en ser las cuidadoras de los miembros de la familia, del hogar, del bienestar y la unidad familiar, amén de otros trabajos para generar ingresos, aun a costa de su propio bienestar, salud y postergación de sus necesidades básicas. Las mujeres ancianas incrementan su número de roles sin contar con el beneficio de liberarse de otros anteriormente impuestos.

La edad avanzada conlleva problemas físicos que limitan la actividad de las personas y su capacidad de autonomía; además del padecimiento de enfermedades crónico-degenerativas propias de la vejez, existe una disminución en las habilidades físicas y mentales que limitan su independencia. Los ancianos y ancianas que viven en la pobreza son un grupo particularmente vulnerable pues a las limitaciones asociadas con la edad avanzada deben incorporarse otras asociadas con carencias económicas que influyen en su estado general de salud y su capacidad para obtener los servicios que requieren.

Las necesidades que se vinculan a los problemas de salud que padecen los adultos mayores en México tienden a ser ignorados debido a que la mayoría de sus padecimientos no son problemas infecciosos, sino crónico degenerativos asociados con el proceso de envejecimiento, como artritis, sordera, ceguera, y problemas de salud bucal, entre otros. Es claro que todo esto compite con los problemas emergentes de salud que se presentan en poblaciones más jóvenes (VIH, ETS) que requieren de una mayor inversión por parte de los sistemas de salud.

En contextos de pobreza, es común que los ancianos a pesar de su edad o discapacidad mantengan una vida productiva, pues las carencias que enfrentan los obligan a trabajar aun enfermos y así asegurar un ingreso mínimo para su sobrevivencia, ya que la mayoría de los adultos mayores en México no cuenta con una pensión que les permita tener una vejez digna. Los datos de los trabajos aquí presentados indican claramente que los cuidados familiares

son indudablemente la estrategia de sobrevivencia más popular para los ancianos pobres, particularmente si están enfermos y necesitan cuidados especiales; sin embargo, no todos cuentan con una red de apoyo familiar. En México hay un gran número de familias que han sido atrapadas en la pobreza endémica, por lo que la capacidad de las generaciones más jóvenes para ayudar a sus familiares ancianos está severamente limitada. En las zonas rurales, por ejemplo, los mas jóvenes emigran hacia Estados Unidos o a lugares más urbanizados en donde la posibilidad de obtener un empleo y un mejor ingreso sea mayor, dejando atrás a los ancianos sin el apoyo –económico, moral, social– con el que antes contaban. Adicionalmente, los ancianos, sobre todo las mujeres, se convierten en las responsables de facto, del cuidado de la unidad familiar durante la ausencia de los hombres y mujeres jóvenes que han abandonado sus comunidades en busca de una mejor calidad de vida.

Los ancianos y ancianas que viven en la pobreza son más vulnerables a la explotación y al abuso, están sujetos a muchas presiones sociales y en general es un grupo poblacional que diariamente se enfrenta a una realidad que les recuerda que carecen de control y poder para modificar el contexto que les rodea. Es aquí en donde los investigadores jugamos un papel fundamental, ya que sólo a través de la documentación sistemática de la realidad que vive este grupo se podrán identificar necesidades, y elaborar propuestas para modificar esa realidad que se caracteriza no por el bienestar generalizado, sino por un contexto de carencias generalizadas.

INVESTIGACIÓN

La lectura de los capítulos de este libro sugiere que la investigación con ancianos y ancianas que viven en la pobreza debe basarse en marcos teórico-metodológicos que incorporen la realidad social de ese grupo. Resulta inadecuado importar modelos de otros países más desarrollados para entender la problemática de los adultos mayores pobres en nuestro país, pues nuestra realidad refleja una transición demográfica, política y epidemiológica que no permite la utilización de modelos extranjeros. Es importante recordar que la investigación es una actividad dinámica que debe cambiar conforme cambian los procesos sociales y culturales del país.

Las colaboraciones interdisciplinarias, intersectoriales e interinstitucionales son esfuerzos críticos para llevar a cabo investigaciones cuyos resultados puedan ser traducidos en una mejora de los servicios para los ancianos pobres. Las colaboraciones deben ser a través de disciplinas y de niveles de poder (consumidores, prestadores, investigadores, hacedores de políticas, etc.).

Por otro lado, es importante la inclusión de métodos cualitativos en el estudio de este tema. Por ejemplo, como lo demuestran algunos capítulos de

este libro, la investigación cualitativa y sus técnicas permiten al investigador incursionar en la vida cotidiana de las personas y conocer con mayor detalle su estilo de vida. Aquí es pertinente aclarar que la utilización de métodos cualitativos no debe reemplazar el uso de la metodología cuantitativa, las dos aproximaciones son igualmente importantes y ambas deben ser utilizadas para identificar y profundizar en el estudio de poblaciones y temas que aparentemente no han recibido atención suficiente por parte de investigadores.

En general, los capítulos de este libro apuntan hacia la incorporación de modelos teórico-metodológicos alternativos, sobre todo los que se derivan de la intervención comunitaria, modelos que deberán surgir de la práctica misma. Sin embargo es importante recordar que la implementación de modelos alternativos en el campo de la salud comunitaria supone el abandono de los criterios vigentes y nos lleva al trabajo grupal, colectivo, en torno a los problemas imperantes en nuestra sociedad, que afectan la calidad de vida de los adultos mayores que viven en la pobreza y que aparentemente tienen sus orígenes en las contradicciones internas del propio sistema.

Derivado de los capítulos aquí presentados, se pueden identificar algunos temas prioritarios que requieren ser abordados en investigaciones futuras. Estos temas giran en torno a las variables que deben ser estudiadas en relación con su impacto sobre la salud física y mental de los ancianos y ancianas viviendo en la pobreza. Estos temas son entre otros, el impacto de la pobreza en la salud física y mental de los adultos mayores; el impacto de no contar con apoyo y/o presencia de familiares y amigos y vivir solo o sola; el impacto de los múltiples roles que pueden ser competitivos, conflictivos y múltiples en las ancianas; el impacto de los estereotipos de género en el diagnóstico y tratamiento de las ancianas en los sistemas de salud; el impacto de pertenecer a un grupo étnico en la búsqueda y obtención de servicios de salud.

Resumiendo, existe una necesidad muy clara de estimular el avance del conocimiento base sobre la calidad de vida de los adultos mayores que viven en la pobreza. Sin embargo, existe una falta de visibilidad, interés, y apoyo para las investigaciones que se realizan con poblaciones en desventaja social y económica. Los investigadores frecuentemente nos enfrentamos a la duda de comprometernos con un tema y población que no es prioritario para las agencias financiadoras, ya que dedicar tiempo y recursos en proyectos que no obtendrán financiamiento es desalentador. De aquí surge la recomendación para que las agencias financiadoras ubiquen la temática arriba mencionada entre sus prioridades, pues sólo de esta manera podremos generar conocimientos nuevos que apoyen el diseño de programas y políticas públicas

encaminadas a solucionar las necesidades y mejorar la calidad de vida de este grupo en desventaja.

SERVICIOS

Para cuidar su salud, los adultos mayores que viven en condiciones de carencias, se ven obligados a apoyarse en su propio conocimiento sobre remedios caseros y de herbolaria, en el uso de sistemas tradicionales de curación y la automedicación –con todos los riesgos que esta práctica implica–. En México la mayoría de los centros de atención a la salud se localizan en las ciudades. El costo del transporte, la consulta, los medicamentos, así como las actitudes abusivas de algunos prestadores de servicios de salud son algunas de las barreras que enfrentan los ancianos pobres que residen en comunidades rurales y muchas veces aisladas. Por otro lado, es común que no acudan a los centros de salud por temor a no poder cubrir el costo de la consulta y medicamentos. La escasez de medicamentos en los centros de salud, sobre todo los que se localizan en comunidades aisladas es un hecho documentado en algunos capítulos de esta obra.

Como se sugiere en los primeros párrafos de esta sección, es necesario llevar a cabo un ejercicio de crítica constructiva y cuestionar las políticas que actualmente prevalecen en las instituciones gubernamentales que se dedican a la promoción de la salud y el bienestar de la población. La investigación sobre sistemas de salud para examinar el acceso y lo adecuado del tratamiento y prestación de servicios, particularmente en los grupos de ancianos pobres y con capacidades disminuidas, es una necesidad impostergable.

Finalmente, resulta un ejercicio interesante hacernos las siguientes preguntas: ¿cómo afectarán los cambios demográficos (el crecimiento de la población de 60 años y más) la habilidad de nuestro país para financiar sistemas de seguridad para la tercera edad?; ¿estamos viviendo más tiempo y más saludablemente, o estamos aumentando años acompañados de disfunciones y un pobre estado de salud?; ¿cómo se pueden adaptar la estructura y los mecanismos de prestación de servicios a las necesidades de las poblaciones ancianas con una alta prevalencia de enfermedades crónicas?; ¿cómo afecta la demanda de transferencias de dinero, tiempo y espacio de la vivienda, a la estructura familiar cambiante?; ¿cómo el envejecimiento poblacional contribuirá a reducir los niveles de ahorros, inversiones y crecimiento de la productividad?; ¿el costo en salud aumentará o disminuirá en relación con otros costos?; ¿de qué manera cambiará la calidad de los servicios hacia las poblaciones en desventaja?

POLÍTICAS PÚBLICAS

La equidad ha sido un concepto implícito en la prestación de los servicios de salud, sin embargo las transiciones epidemiológica, demográfica y política por las que pasa nuestro país demandan que la equidad se convierta en un componente explícito de las estrategias de salud y en general del resto de las políticas públicas que se relacionan con el bienestar de los adultos mayores. Las políticas públicas encaminadas a promover la equidad y mejorar la calidad de vida, deben basarse en la realidad imperante en nuestro país, tomando en cuenta indicadores demográficos, epidemiológicos, sociales y culturales derivados de los resultados de investigaciones llevadas a cabo particularmente, con los grupos poblacionales que no se han visto beneficiados por los programas gubernamentales. Es común que las voces de los grupos más desprotegidos y en desventaja no sean escuchadas por los diseñadores de políticas públicas, por lo que permanecen en la invisibilidad, sin recibir los beneficios de las intervenciones de apoyo gubernamental que en un marco de equidad deberían llegarles.

Más allá de políticas públicas aisladas, la compleja problemática de los adultos mayores requiere que las distintas dependencias (Secretarías de Desarrollo Social, de Educación Pública, instituciones del Sector Salud, del Trabajo y Previsión Social, de Comunicaciones y Transportes, instituciones públicas de Vivienda de Interés Social, Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia y Turismo) coordinen sus esfuerzos para lograr una política pública integral que incorpore además la participación de ONG's, adultos mayores y la sociedad en general. Hay por lo menos tres grandes ejes que deben ser considerados en las políticas públicas: el económico, el de salud y bienestar social y el de participación social.

En lo económico, tal vez el principal problema que enfrentan los adultos mayores es la pobreza en la que se desenvuelven sus vidas y la carencia de apoyos institucionales y/o familiares (falta de ingresos, empleo, y ayuda alimentaria). Por ello, es necesario el desarrollo de empleos adecuados a las capacidades de este grupo poblacional y la generación de ingresos a través del fomento de pequeñas empresas y microempresas con créditos flexibles. También es importante, sobre todo en el ámbito rural, la capacitación y el readiestramiento para el trabajo y desarrollo del campo con modalidades flexibles de crédito. Estas acciones contribuirían de forma importante a promover la independencia de los ancianos y a mantenerse a sí mismos. Finalmente, es necesario asegurar que los programas de combate a la pobreza incluyan a los muy ancianos o a los que viven solos, así como aumentar la capacidad económica de las unidades domésticas en las que vivan; la familia

como red de apoyo no se debe utilizar como justificación para reducir la prestación de servicios públicos.

Otro eje prioritario debe ser la salud y el bienestar social, que debe contemplar, entre otras cosas, el acceso a servicios de salud, medicamentos, clínicas ambulatorias, visitas a domicilio y capacitación en gerontología al personal de salud. Los servicios de este sector tendrían que incorporar programas de atención a problemas de salud mental como Alzheimer, Parkinson, y depresión. Asimismo formular programas de tratamiento para reducir la discapacidad, como por ejemplo extracción de cataratas y facilidad para la adquisición de lentes, dentaduras, y otras prótesis. De igual manera enfatizar actividades de promoción a la salud y autocuidado.

El tercer eje tiene como prioridad promover una cultura de respeto hacia la vejez e involucrar a los adultos mayores en el diseño y realización de los programas destinados a ellos para expresar sus propias preocupaciones y participar en la solución; facilitar y fortalecer los tradicionales mecanismos de apoyo comunitarios y rurales, promover que actúen como mentores y consejeros, promover lugares de reunión, que sin caer en la segregación generacional, les facilite mantenerse activos e independientes tanto como sea posible.

A manera de resumen, las proyecciones demográficas en nuestro país no pueden ser ignoradas y demandan un mayor y más profundo conocimiento de los estilos de vida de la población de adultos mayores en México. Sólo con datos derivados de investigaciones sistemáticas se podrá responder adecuadamente a las necesidades y brindar los servicios que se requieren para que los ancianos y ancianas, sobre todo los que viven en un contexto de carencias, puedan tener una vejez más digna.

Este esfuerzo colectivo tuvo como objetivo central contribuir a llenar, por lo menos parcialmente, la laguna de conocimiento que existe en México en torno a la vejez. Confiamos en que esta obra contribuya a que los ancianos y ancianas que viven en la pobreza puedan conservar la habilidad de mantener un bajo riesgo de enfermedades y disfunciones, un óptimo funcionamiento físico y mental y una participación interactiva con los sucesos de la vida cotidiana, todo lo cual se resume en una mejor calidad de vida.

REFLEXIONES FINALES

MARÍA GUADALUPE LÓPEZ HERNÁNDEZ

Amartya Sen señala que el mundo en que vivimos, agobiado por el sufrimiento, se caracteriza por una distribución profundamente desigual del peso de las adversidades entre los hombres y las mujeres. La inequidad de género existe en casi todos los rincones del planeta, de Japón a Marruecos; de Estados Unidos a Uzbekistán. Sin embargo, esta desigualdad entre los hombres y las mujeres no es la misma en todas partes y puede adoptar formas muy diversas. La falta de equidad de género no es un fenómeno homogéneo, sino un conjunto de problemas distintos e interrelacionados que afectan primordialmente a las mujeres. Su papel tradicional se traduce en la atención generacional de los integrantes de la familia más allá del período reproductivo, e incorporando el cuidado y la atención a la salud de todos sus miembros, sobre todo de los adultos mayores cuando sufren alguna discapacidad.

Sabemos que la posición que tienen las mujeres en la sociedad, no se debe tanto a las diferencias biológicas, sino a las diferencias socialmente determinadas. Estas características de género están basadas en condiciones culturales, legales, sociales, económicas y políticas, enraizadas en las relaciones familiares y varían de un contexto a otro y de una época a otra. Estas desigualdades de género se expresan de distintas maneras, por ejemplo las restricciones específicas que se refieren a normas y valores de lo que implica ser hombre y ser mujer en una sociedad determinada; restricciones materiales intensificadas por el género que se refieren a la diferencia de acceso y control de los recursos; prejuicios y discriminación, donde podemos mencionar preconcepciones burocráticas, patronales, sesgos legales, etc. Estas restricciones no desaparecen ni disminuyen con la edad, de hecho, con base en la evidencia que se presenta en los capítulos de este libro, se puede afirmar que la desigualdad de género sigue impactando negativamente en los adultos mayores.

Nailda Kabeer¹ señala que estudiar la pobreza no es nuevo, lo nuevo es que el Estado intervenga de manera continuada y sistemática para mejorar la situación de la población que vive en la pobreza y en la extrema pobreza. En este sentido, menciona que se constata que las causas y la situación de la pobreza misma, son diferentes para mujeres y hombres, lo que genera diversas formas de pobreza. Hoy estas premisas han sido de alguna manera retomadas.

Desde los años noventa se ha incorporado la pobreza de género en las agendas nacionales e internacionales como un tema prioritario, aun cuando ello no se refleje en logros tangibles. La incorporación de la perspectiva de género al estudio de la vejez y de la pobreza nos hace reflexionar en lo siguiente: por un lado la heterogeneidad de las condiciones de pobreza existentes en el país, no sólo a esta edad sino a lo largo del ciclo de vida, y que se recrudece en esa fase, por la limitación en las oportunidades de desarrollo y las condiciones de salud en las que viven.

Uno de los aspectos que se destaca en este volumen es la insistencia sobre la necesidad de percibir la vejez y la pobreza desde una perspectiva multidisciplinaria, ya que esto permite revisar con precisión los papeles de género asignados a hombres y mujeres, al tiempo de definir las asimetrías existentes entre ellos y las discriminaciones de que son objeto. Otro punto que llama nuestra atención es la “feminización de la vejez”, como fenómeno creciente en algunas regiones, debido principalmente a la mayor sobrevivencia de las mujeres. La reducción de la mortalidad a todas las edades ha permitido el incremento en la esperanza de vida; sin embargo, una vida más larga no significa necesariamente una ventaja, aunque debería de serlo. Es pertinente cuestionarnos la utilidad de vivir más años, y llegar a ser un “anciano mayor” pero en condiciones desfavorables por encontrarse incapacitado o sin acceso a servicios de salud. Las desigualdades ante la salud es un tema que se trabaja de manera insistente en este volumen.

Tanto el proceso de transición demográfica en que se ha visto inmerso el país, como el de transición epidemiológica, conjugan distintos patrones de morbilidad y mortalidad de la población. Por un lado en el país subsisten patrones de mortalidad donde prevalecen enfermedades infecciosas junto con enfermedades crónico degenerativas, y por otro lado tenemos a una población joven en acelerado proceso de envejecimiento con diferencias socioeconómicas profundas. Es así que las desigualdades ante el proceso de salud - enfermedad refieren a la necesidad de implementar esquemas de seguridad social diferenciados donde se tomen en cuenta las necesidades de unos y otros.

La pobreza de las mujeres ancianas se asocia con un menor acceso a la seguridad social. En relación con las pensiones y jubilaciones, generalmente las mujeres no cubren los requisitos, ya que principalmente por su papel reproductivo, no tienen continuidad en el mercado laboral y cuando se encuentran dentro de él, sus empleos son precarios y sin seguridad social. En todo caso, cuando son beneficiadas, las pensiones y jubilaciones resultan en montos muy bajos, lo cual recrudece su situación y limita su bienestar. Llama la atención el escaso o nulo apoyo institucional que se presta a la ancianidad entre los grupos indígenas Chiapanecos, que viven en contextos de pobreza

extrema y de alta marginación. Este grupo étnico mantiene una desigualdad económica en cuanto al género; mientras que el papel de los hombres ancianos se tiene bien establecido, el rol de las mujeres no lo está, y aun cuando las condiciones de marginación y pobreza son comunes y se agudizan durante esta etapa de la vida, la discriminación hacia las mujeres se hace más notoria cuando se observa una mayor sobrevivencia de hombres ancianos en relación con las mujeres ancianas. La sobremortalidad femenina nos hace reflexionar en la existencia de importantes asimetrías en las trayectorias de vida de mujeres y hombres indígenas.

Otro elemento para reflexionar es la relación entre vejez y pobreza. Aquí es importante resaltar y definir si la condición de pobreza de los adultos mayores responde a una situación particular de su trayectoria de vida, o bien se debe a que la condición de pobreza durante la vejez, es consecuencia de que existen limitaciones a oportunidades de bienestar específicamente para este grupo de población, y si estas inequidades son mayores para hombres o para mujeres. En México, como en otros países de América Latina, la seguridad social no está claramente delineada con perspectiva de género e incluso el sistema de pensiones y de seguridad social se encuentra limitado a un grupo específico de población con ciertas características. Tradicionalmente, la seguridad social se circunscribe a quienes por la manera en que ingresan al mercado laboral o por su capacidad económica, se encuentran afiliados. Pero todos aquellos que no se encuentran asegurados en esa modalidad, reciben servicios de salud a través de la Secretaría de Salud. Si bien ambos esquemas tratan de atender a la población en general, la falta de un sistema de aseguramiento para la población no asegurada ha provocado que una parte importante de su patrimonio o de sus ingresos, sean destinados a mantener la salud.

Según estimaciones de la Secretaría de Salud basadas en la Encuesta Nacional de Ingreso-Gasto de los Hogares, entre dos y tres millones de familias emplean más de la tercera parte de su ingreso para solventar sus gastos en salud, mientras que 1.2 millones cruzan la línea de la pobreza por ese tipo de gastos. Sin embargo, es importante señalar que quienes postergan más la atención médica son los enfermos y discapacitados (36%), los analfabetas (29%), los mayores de 65 años (35%), la población de bajos ingresos (25%) y quienes no están afiliados a alguna institución de seguridad social (28%). Ante esta circunstancia, el gobierno federal diseñó lo que se ha denominado el Seguro Popular de Salud,² cuyo objetivo es disminuir el número de familias que se empobrecen anualmente al enfrentar gastos en salud. Este seguro tiene como propósito apoyar a las familias no aseguradas, promover el pago anticipado por servicios, reducir los gastos en salud, así como fomentar la atención preventiva. Aunque tiene una limitada cobertura en las entidades

del país, es necesario que se diseñe con mayor cuidado tomando como punto de partida la perspectiva de género. A través de la obtención de este seguro, el usuario tiene derecho a proteger su salud y recibir atención médica en los establecimientos designados de la red del seguro popular de salud, sin discriminación y sin demora, además de que otorgan especial atención a discapacitados y adultos mayores.

Estos programas sin embargo, deben incluir las diferencias existentes entre hombres y mujeres ante la pobreza, y ante los distintos esquemas de atención necesarios según las necesidades de la población, ya que creemos que es necesario considerar las diferencias de la población que envejece y que se encuentra con requerimientos crecientes de atención, tanto de enfermedades infecciosas, como de enfermedades crónico-degenerativas y de discapacidades. Esto nos lleva a afirmar que, el reto que tenemos frente a nosotros es identificar las desigualdades de edad y de género que impactan negativamente en los indicadores de desarrollo humano, especialmente aquellas que esconden disparidades entre grupos, regiones y generaciones. Lo anterior representa sumarse a un esfuerzo por promover cambios que den origen a relaciones más igualitarias en la interacción entre hombres y mujeres, y entre ellos y las instituciones, así como en relación con el comportamiento sexual y las responsabilidades derivadas de la reproducción, en virtud de que todas estas acciones podrían llevar a mejores condiciones de vida para todos.

Para apoyar la planeación, el Programa de Desarrollo Social, 2001-2006 incorporó la perspectiva de género en la estrategia *Contigo*, con el fin de lograr un desarrollo humano integral de la población mexicana. Esta estrategia replantea la manera en que las mujeres serán atendidas; en lugar de ser consideradas como un grupo receptor de acciones selectivas, se decide de manera transversal la estrategia con perspectiva de género. *Contigo* se diseñó originalmente en dos ejes; ciclo de vida y vertientes. Al agregar un tercer eje - el sexo-, se transforma en una estrategia tridimensional que permite diseñar e implementar políticas públicas, que combatan los rezagos en desarrollo social, de manera más eficiente y dirigidas.

Para finalizar esta sección es conveniente reflexionar en términos de que para lograr mayor equidad es necesario primero identificar y comprender las diferencias en la vida de mujeres y hombres, y la diversidad entre las mismas mujeres, a distintas edades y a partir de distintas disciplinas; evaluar el impacto diferenciado de las políticas, programas y proyectos dirigidos a hombres y mujeres, y en su caso a la población en general, con el fin de incluir las necesidades de unos y otros; e integrar consideraciones de género en los procesos de planeación, diseño, instrumentación y evaluación.

Referencias

1. Kabeer N. Tácticas y compromisos: nexos entre género y pobreza. En: Arrigada I, Torres I, ed. Género y Pobreza. Nuevas dimensiones. Chile: ISIS Internacional, 1988.
2. Secretaría de Salud. Reglas de operación e indicadores de gestión y evaluación del Seguro Popular de Salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 15 de marzo de 2002.

**Envejeciendo en la pobreza
género, salud y calidad de vida**
se terminó de imprimir en diciembre de 2003
en los talleres de Edamsa Impresiones, S.A. de C.V.
El cuidado de la edición estuvo a cargo de
la Subdirección de Comunicación Científica y Publicaciones
del Instituto Nacional de Salud Pública.
El tiraje consta de 1 000 ejemplares.

