

El envejecimiento en América Latina: *evidencia empírica y cuestiones metodológicas*

Nélida Redondo / Sagrario Garay

COORDINADORAS



El envejecimiento en América Latina: evidencia empírica y cuestiones metodológicas

Nélida Redondo y Sagrario Garay
(Coordinadoras)

Serie Investigaciones N° 13

ALAP Editor

1a. Edición
Río de Janeiro, Brasil
2012



La Asociación Latinoamericana de Población (ALAP) es una organización científica que aglutina investigadores, estudiantes y otros profesionales de veintinueve países interesados en estudios de población de América Latina y el Caribe.

ALAP es un foro privilegiado para la consolidación y difusión del conocimiento demográfico y un espacio abierto a la discusión y debate de las distintas perspectivas analíticas y posiciones regionales y nacionales sobre las temáticas actuales en materia de población.

Objetivos

- Propiciar, organizar y conducir diferentes tipos de encuentros interdisciplinarios como congresos, reuniones académicas, foros y seminarios regionales y subregionales.
- Publicar los resultados de estudios, investigaciones y eventos realizados institucionalmente o por sus asociados en acuerdo con los propósitos de la ALAP.
- Contribuir al intercambio de información, la elaboración y difusión de conocimiento y el enriquecimiento metodológico sobre la demográfica latinoamericana entre los científicos sociales de la región, los centros e instituciones académicas y de investigación, los organismos no gubernamentales y los gobiernos.
- Contribuir a que los hallazgos de la investigación sociodemográfica sean utilizados en la definición de políticas de desarrollo y en la enseñanza de las ciencias sociales.

Publicaciones de ALAP

ALAP cuenta con cuatro tipos de publicaciones regulares, todas disponibles en línea <www.alapop.org>.

1. La *Revista Latinoamericana de Población (RELAP)*.
2. La colección de libros *Serie Investigaciones*.
3. La colección de libros electrónicos *E-Investigaciones*.
4. Los anales de los Congresos de ALAP.

Las líneas editoriales de ALAP son definidas por el Comité de Publicaciones en conjunto con el Consejo de Dirección, que trabajan en el sentido de ampliar las formas de divulgación de los resultados de investigación y textos dirigidos a la enseñanza.

El envejecimiento en América Latina: evidencia empírica y cuestiones metodológicas

Nélida Redondo y Sagrario Garay
(Coordinadoras)

Serie Investigaciones N° 13

ALAP Editor



Las opiniones expresadas en los artículos aquí publicados son de exclusiva responsabilidad de los autores y no necesariamente reflejan aquellas de las instituciones involucradas en la publicación.

The views expressed in the articles of this book are those of the authors and do not necessarily reflect those of the institutions involved in the publication

Las opiniones expresadas son de los autores y no necesariamente reflejan
aquellas de la Asociación Latinoamericana de Población.

Primera edición, 2012, Río de Janeiro, Brasil
© 2012. Asociación Latinoamericana de Población
ISBN 978-85-62016-15-8

Esta obra se dictaminó por pares académicos y cuenta con la aprobación
del Comité Editorial de Serie Investigaciones de ALAP para su publicación

ALAP gestión 2011-2012

Consejo de Dirección

Presidente: Fernando Lozano Ascencio (México)
Vicepresidenta: Alejandra Silva Pizarro (Chile)
Secretaria General: Wanda Cabella (Uruguay)
Secretario Administrativo: Roberto Luiz do Carmo (Brasil)
Vocal: Patricia Noemi Vargas (México)
Suplentes: Jafmary Félix (República Dominicana), Nubia Ruiz (Colombia), Claudina Zavattiero (Paraguay)

Comité de Publicaciones

Marcela Cerrutti (Argentina)
Brígida García (México)
Fernando Lozano Ascencio (México)
Jorge Rodríguez Vignoli (Chile)

Comité Editorial de Serie Investigaciones

Editor General: Jorge Rodríguez Vignoli (Chile)
Editor Ejecutivo del número: Nélica Redondo (Argentina) y Sagrario Garay (México)
Miembros: Eramis Bueno (Cuba), Roberto Luiz do Carmo (Brasil), Dora Celton (Argentina),
Enrique Peláez (Argentina), Joice Melo Vieira (Brasil)

Secretaría Administrativa de ALAP

Núcleo de Estudos da População, Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP
Cidade Universitária Zeferino Vaz, Av. Albert Einstein, 1.300 - Campinas - SP
Caixa Postal: 6166 - CEP: 13081-970
<http://www.alapop.org>

Ilustración de tapa:

Pareja I, c.1968

Yeso pintado y tallado / 35 x 29 cm

José Gurvich

© Museo Gurvich / Fundación José Gurvich

Gentileza de la Fundación José Gurvich

Museo Gurvich, Plaza Matriz, Montevideo

Producción editorial

TRILCE

Durazno 1888

11200 Montevideo, Uruguay

trilce@trilce.com.uy / www.trilce.com.uy

PRESENTACIÓN por <i>Jorge Rodríguez Vignoli</i> y <i>Fernando Lozano Ascencio</i>	9
INTRODUCCIÓN por <i>Nélida Redondo</i> y <i>Sagrario Garay</i>	11

PRIMERA PARTE

LAS EVIDENCIAS EMPÍRICAS ACERCA DEL ENVEJECIMIENTO
Y LOS ADULTOS MAYORES: HOGARES, SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

I. ENVEJECIMIENTO DEMOGRÁFICO Y SITUACIÓN SOCIAL
DE LOS ADULTOS MAYORES

Cambios en los hogares con población envejecida en Argentina y México: algunas aproximaciones a las transformaciones familiares derivadas de la transición demográfica por <i>Sagrario Garay</i> , <i>Nélida Redondo</i> y <i>Verónica Montes de Oca</i>	21
---	----

Contribución económica de las personas adultas mayores a los hogares urbanos en situación de pobreza en el Perú por <i>Miguel Ángel Ramos Padilla</i>	43
--	----

II. ENVEJECIMIENTO Y SALUD

Mortalidad y morbilidad atendida de personas mayores Medellín, Colombia por <i>Doris Arango Cardona</i> y <i>Enrique Peláez</i>	75
---	----

Indicadores de gastos con servicios médicos no sector de saúde suplementar no Brasil: o caso Sabesprev por <i>Mônica Viegas Andrade</i> , <i>Ana Carolina Maia</i> y <i>Cristina Guimarães Rodrigues</i>	95
---	----

III. ENVEJECIMIENTO Y SISTEMAS DE PROTECCIÓN SOCIAL PARA LA VEJEZ

Estimación del impacto de la ley de pensión alimentaria para personas adultas mayores en situación de pobreza en el Paraguay

por *Claudina Zavattiero*

121

Previdência social, renda e gênero: simulações para aposentados e pensionistas no Brasil

por *Izabel Guimarães Marri, Simone Wajnman y Mônica Viegas Andrade*

141

SEGUNDA PARTE CUESTIONES METODOLÓGICAS

Análisis de secuencias en el estudio del envejecimiento

por *Gilbert Brenes*

171

Vejez y generaciones en Uruguay: ¿envejecemos del mismo modo que antes?

por *Nicolás Brunet y Mathías Nathan*

191

NOTICIA DE LOS AUTORES

227

El Consejo de Dirección 2011-2012 de la Asociación Latinoamericana de Población (ALAP) y el Consejo Editorial de la Serie Investigaciones se complacen en presentar el libro número 13 de la Colección Serie Investigaciones de ALAP: *El envejecimiento en América Latina: evidencia empírica y cuestiones metodológicas*.

Este volumen coordinado y elaborado por integrantes de la Red de Envejecimiento de ALAP se une al publicado por la misma red en el año 2008, bajo el título *Sociedad y adulto mayor en América Latina: Estudios sobre envejecimiento en la región*, que corresponde al libro número 5 de la Serie Investigaciones de ALAP.

Celebramos doblemente la aparición de este nuevo libro, ya que es una obra que no estaba prevista en el plan de trabajo de 2012 de esta colección editorial. No obstante, la Red de Envejecimiento de ALAP modificó estos planes gracias a un notable despliegue, acompañado de un gran entusiasmo y de una encomiable perseverancia. La red continuó trabajando de acuerdo a los criterios editoriales de la Serie Investigaciones (revisión ciega, dictámenes formales, segunda revisión de autores, etc.) y logró elaborar un borrador de libro a fines de 2011, el que hizo llegar a la Directiva de ALAP. Ella estimó que se trataba de un esfuerzo significativo y de un aporte sustantivo. Por ello, efectuó gestiones destinadas a conseguir fondos especiales para publicar este libro en la Serie Investigaciones de 2012, lo que se logró en el marco del programa de colaboración ALAP-UNFPA (AWP 2012).

Con la publicación de este libro podemos decir con regocijo que la meta de sumar tres libros a la Serie Investigaciones en el período 2011-2012 fue lograda y superada. Como ya se anunció en el tercer informe del Editor General de la Serie, el libro número 13 será distribuido en el V Congreso de ALAP en Montevideo, junto con los tres libros publicados durante 2011.

Este volumen contiene aportes relevantes y novedosos sobre el envejecimiento demográfico en América Latina y sobre la situación de los adultos mayores en la región. El conjunto de la obra se centra en el análisis del impacto del proceso de envejecimiento demográfico

sobre las condiciones de vida de las poblaciones de adultos mayores y el diseño de políticas impulsadas por los Estados de la región hacia esta población. Los temas específicos, los países, así como los enfoques conceptuales y metodológicos usados, varían entre cada capítulo, ratificando la diversidad y amplitud existente en ALAP. En la introducción que sigue, las coordinadoras de la Red explican con detalle el contenido de cada capítulo, por lo que en esta presentación nos limitamos a reconocer su valor como conjunto.

Vaya para las editoras del libro y coordinadoras de la Red de Envejecimiento, Nérida Redondo y Sagrario Garay, y para el resto de autores y autoras de la red, una calurosa felicitación por el trabajo realizado, cuya calidad está a la vista de los lectores.

Jorge Rodríguez Vignoli
Editor General de la Serie Investigaciones

Fernando Lozano Ascencio
Presidente de ALAP 2011-2012

En este volumen, la Red de Envejecimiento de la Asociación Latinoamericana de Población (ALAP) presenta una compilación de ponencias expuestas en el IV Congreso Internacional de la Asociación Latinoamericana de Población (ALAP), llevado a cabo en La Habana durante el mes de noviembre del año 2010.

El propósito de esta publicación es reunir trabajos inéditos de investigadores y académicos latinoamericanos que permitan documentar el impacto que tiene el proceso de envejecimiento demográfico sobre las condiciones de vida de las poblaciones de adultos mayores y sobre el diseño institucional de los Estados de la región. Hasta el momento, las consecuencias sociales y económicas del envejecimiento de las poblaciones fueron descritas sobre la base de la historia de los países pioneros de Europa, América del Norte, Oceanía y Japón. El rápido proceso de transición demográfica que se registra actualmente en América Latina ofrece la oportunidad de estudiar comparadamente, desde su génesis, los efectos que produce el envejecimiento de las poblaciones sobre la estructura social, política y económica en países con distinta raigambre cultural e institucional.

La edición que presentamos está organizada en dos partes. En la primera parte se agrupan los trabajos que aportan evidencias empíricas acerca de la situación social y de salud de la población de adultos mayores, así como del impacto de las políticas de protección social en países que atraviesan estadios diferentes de su proceso de envejecimiento demográfico. En todos los casos, la información proviene de investigaciones ad hoc o de la reelaboración de datos brutos de censos y encuestas de los sistemas estadísticos y de registros nacionales. En la segunda parte se presentan estudios sobre enfoques metodológicos que se consideran específicamente adecuados para el estudio del envejecimiento y de las poblaciones de adultos mayores. En ellos se destaca la importancia de las perspectivas longitudinales para la comprensión y predicción en cuestiones de vejez y envejecimiento y se señalan las limitaciones que ofrecen las fuentes de información disponibles en la región para aplicar este tipo de enfoques teóricos y metodológicos.

En la primera parte de «evidencias empíricas» se incluyen tres apartados: I. Envejecimiento demográfico y situación social de los adultos mayores, II. Envejecimiento y salud y III. Envejecimiento y sistemas de protección social para la vejez.

En el apartado I se presentan dos trabajos. El primero de ellos es el de Sagrario Garay, Nélica Redondo y Verónica Montes de Oca referido a «Cambios en los hogares con población envejecida en Argentina y México: algunas aproximaciones a las transformaciones familiares derivadas de la transición demográfica». En el artículo se analiza comparadamente las modalidades de allegamiento habitacional de las poblaciones urbanas de adultos mayores de Argentina y México. Las autoras destacan que en la población urbana mayor argentina es evidente la tendencia hacia la individuación, que puede ser la consecuencia del proceso de envejecimiento demográfico más avanzado, así como de mejores condiciones relativas de salud y económicas de las personas con 65 años o más en ese país. En México, en cambio, los tipos de hogares de las personas de las áreas urbanas reflejan un estadio más tardío en el cambio de edades de la población del país que se corresponde con el menor desarrollo del sistema de protección social para la vejez. El indicador más elocuente de esta fase de evolución es la baja proporción de hogares unipersonales, complementaria con la mayor prevalencia relativa de hogares de pareja sola y de familia extensa con varias generaciones convivientes. En las conclusiones se recomienda analizar de manera sistemática indicadores comparables que permitan establecer perfiles familiares asociados a los procesos demográficos. Asimismo, se destaca la importancia de efectuar el análisis de las modalidades residenciales de los adultos mayores siguiendo los dos enfoques: el de la relación de parentesco con el jefe de hogar y el de los estilos de convivencia generacionales.

El segundo trabajo del apartado I es «Contribución económica de las personas adultas mayores a los hogares urbanos en situación de pobreza en el Perú», en el que Miguel Ángel Ramos Padilla pone en evidencia la casi inexistencia de políticas de protección social para la vejez en el Perú, que todavía no tiene su población envejecida. El estudio utiliza información de la Encuesta Nacional de Hogares —ENAH 2007 del Instituto Nacional de Estadística e Informática— para analizar las condiciones de actividad y las fuentes de ingresos de la población de adultos mayores que viven en zonas urbanas y en hogares que están en condición de pobreza, así como para evaluar la importancia de esos ingresos en la economía familiar, resaltando no sólo la precariedad y limitaciones evidentes en que se desenvuelve la población adulta mayor en el Perú, sino a la vez el aporte que las per-

sonas mayores realizan a la economía familiar de los hogares pobres. En un segundo momento, se efectúan estudios de casos mediante técnicas cualitativas en zonas pobres de Lima que permiten observar la importante contribución de trabajo doméstico, no monetario, de hombres y mujeres mayores a la reproducción del hogar. En síntesis, el estudio modifica la imagen de la población de adultos mayores recluida, inactiva y cargada pesadamente sobre los hombros de las familias pobres. Si bien estos casos son una parte de la realidad, la mayoría de la población de adultos mayores constituye un aporte dinámico para enfrentar en mejores condiciones a la pobreza.

El apartado II, Envejecimiento y salud, comprende dos trabajos que presentan evidencias sobre la base del procesamiento de datos provenientes de registros públicos. En el artículo «Mortalidad y morbilidad atendida de personas mayores, Medellín, Colombia», Doris Arango Cardona y Enrique Peláez realizan un estudio descriptivo de las causas de mortalidad de la población de 65 años y más de la ciudad de Medellín, mediante el relevamiento de los certificados de defunción de los fallecidos entre 1999-2006. Asimismo, estudiaron los registros individuales de prestación de servicios entre los años 2002 y 2006 para analizar la morbilidad atendida en hombres y mujeres. El estudio muestra la potencialidad que ofrece la metodología aplicada para proporcionar insumos de interés dirigidos a la programación de servicios de salud, en el marco de la consolidación de un sistema de protección social para la vejez en Colombia.

En el trabajo sobre «Indicadores de gastos com serviços médicos no setor de saúde suplementar no Brasil: o caso Sabesprev», Mônica Viegas Andrade, Ana Carolina Maia y Cristina Guimarães Rodrigues estudian la estructura del gasto en atención médica en el sector privado de salud de una prestadora autogestionada del Estado de San Pablo durante el año 2009. En el contexto de la rápida transición demográfica y epidemiológica de Brasil, las autoras encontraron que a través de esta red todos los individuos tienen las mismas posibilidades de acceso a las prestaciones de salud. Por ese motivo, la consideran una población ideal para el estudio de los gastos diferenciales de los distintos grupos de la población. En el análisis se examinó el gasto efectuado en tres grandes rubros: a) consultas, b) exámenes, y c) internación. Las proporciones del gasto se distinguen según sexo, grupos quinquenales de edad y estatus de sobrevivencia. El estudio anual muestra, entre otros hallazgos, que el gasto de las personas que fallecieron en ese año fue más alto que las que sobrevivieron. Las mujeres tendieron a gastar más que los hombres. El gasto en internaciones es más elevado que el de consultas y que el que se des-

tina a exámenes. En los grupos de edad extrema los gastos en hospitalización consumen la casi totalidad de la erogación de salud. La investigación efectuada muestra que a partir de los cincuenta años, el gasto en salud aumenta de manera progresiva, así como el grupo de edad de cero a nueve años es el que menos gasta en salud.

El apartado III, Envejecimiento y sistemas de protección social para la vejez, está dedicado a presentar evidencias acerca del impacto del envejecimiento demográfico en el diseño de las instituciones de bienestar para la vejez en dos países latinoamericanos, vecinos entre sí pero nítidamente diferenciados en su tamaño, en su estructura socioeconómica y en el estadio de su transición demográfica. En el artículo «Estimación del impacto de la ley de pensión alimentaria para personas adultas mayores en situación de pobreza en el Paraguay», Claudina Zavattiero analiza la promulgación de una ley que prevé una pensión alimentaria, consistente en una transferencia monetaria del 25% del salario mínimo vigente, a todas las personas de 65 años y más en situación de pobreza, que entró en vigencia en el Paraguay en septiembre del año 2010. Según la autora, la aprobación de la citada ley se dio en un clima de debate político antes que de análisis de su posible impacto. Zavattiero argumenta que el proceso de envejecimiento de la población paraguaya es relativamente reciente, por lo que no se desarrollaron en el país instituciones de protección a la vejez. El elevado número de personas adultas mayores que viven en situación de pobreza en el Paraguay, junto con la necesidad de remediar la inequidad social existente en ese grupo, dieron lugar a la promulgación de la referida ley. Sin perjuicio de ello, las carencias de definición en materia de focalización, la falta de estudios sobre la posible universalidad de la ley (beneficio para toda persona de 65 años o más), así como la todavía incierta procedencia de los fondos para cumplir con la aplicación de la ley generan incertidumbre. En ese contexto, el estudio se propuso realizar una estimación del impacto que la pensión alimentaria (ley 3728/09) tendrá en el nivel de pobreza y en el Producto Interno Bruto (PBI), con base en el año 2008 y proyectando hasta el final del período del actual gobierno (2013).

En «Previdência Social, renda e gênero: simulações para aposentados e pensionistas no Brasil», Izabel Marri, Simone Wajnman y Mônica Viegas Andrade efectúan ejercicios de simulación tendientes a evaluar cambios factibles en el sistema de protección social, específicamente en las jubilaciones y pensiones para personas de ambos sexos, que tiendan a disminuir las desigualdades de hombres y mujeres de edad mayor. Las autoras señalan que el envejecimiento de la población brasileña es incipiente pero se profundizará en los

próximos años. Si bien todavía no se presentan problemas de cargas potenciales demográficas insostenibles, el diseño institucional del sistema nacional de previsión determina que, ya en el año 2006, se registrara un déficit que alcanzaba al 4,1% del PIB. En la actualidad, están planteadas posibles reformas al sistema de protección social de la vejez para adecuarlo a la mayor presión que ejercerán los escenarios demográficos más envejecidos del futuro. En ese marco se fundamenta el aporte que las autoras realizan a la discusión más amplia.

La segunda parte del libro está dedicada a cuestiones metodológicas vinculadas al estudio de la vejez y el envejecimiento. En esta parte se incluyen dos trabajos. En el primero de ellos «Análisis de secuencias en el estudio del envejecimiento», Gilbert Brenes se propone aplicar la técnica estadística del análisis de secuencias para estudiar la serie de morbilidades que padece una persona en el proceso de deterioro físico del envejecimiento. El autor menciona que el análisis de secuencias es una nueva técnica estadística utilizada en estudios genéticos y en ingeniería que busca establecer cuáles son las secuencias de eventos más frecuentes, en una cadena de eventos. En el análisis expuesto se utilizan los datos de dos encuestas de envejecimiento llevadas a cabo en América Latina: Costa Rica: Estudio sobre Longevidad y Envejecimiento Saludable (CRELES) y Condición de Salud de los Adultos de Edad Mayor en Puerto Rico (PREHCO). En las conclusiones del ejercicio efectuado destaca que el análisis de secuencias presenta una limitación importante cuando se utilizan encuestas de envejecimiento. En este tipo de estudios, generalmente se pregunta por la edad o el año del diagnóstico de una enfermedad por lo que este tipo de variable puede contener un fuerte sesgo de medición, debido al sesgo de recuerdo por parte del entrevistado. El autor concluye que un análisis de secuencias para morbilidades puede ser idóneo cuando se cuentan con bases de datos de registros médicos, en los cuales las fechas de diagnóstico están establecidas con menor error de medición. Dichas bases de datos aún son difíciles de conseguir en los países latinoamericanos, ya sea porque no existen o porque no son suministradas para investigación por parte de las instituciones que las producen.

Finalmente, en «Vejez y generaciones en Uruguay: ¿envejecemos del mismo modo que antes?», Nicolás Brunet y Mathías Nathan también realizan un ejercicio de aplicación forzada, en este caso, del enfoque generacional, al que consideran especialmente apto para el estudio social del envejecimiento. Uruguay posee la población más envejecida de América Latina. Debido a que el envejecimiento demográfico uruguayo es uno de los más tempranos de la región, los autores procuran responder a la pregunta acerca de si todas las generaciones enveje-

cen de la misma manera. Dada la carencia de estudios longitudinales adecuados, en el trabajo se elaboró un modelo que forzó el uso combinado de fuentes censales y muestrales sobre la base de un estudio previo y detallado de comparabilidad y armonización de indicadores. El ejercicio metodológico permitió observar cambios a lo largo del ciclo de vida de las cohortes de nacimiento de la población uruguaya 1929-1943, 1944-1958, 1959-1973 en cuatro dimensiones: a) arreglos residenciales, b) situación conyugal, c) nivel educativo alcanzado, y d) condición de actividad. Los autores concluyen que es válido efectuar este tipo de estudios con las fuentes transversales señaladas aunque destacan que posee limitaciones con respecto a la disponibilidad de datos longitudinales, de los que se carece en América Latina.

La Red de Envejecimiento de ALAP publicó en el año 2008 *Sociedad y adulto mayor en América Latina: Estudios sobre envejecimiento en la región*, organizado por Enrique Peláez, marcando el inicio de una programación editorial dirigida al desarrollo de este campo de conocimiento todavía incipiente en la región. Esperamos que este nuevo volumen sobre *El envejecimiento en América Latina: evidencia empírica y cuestiones metodológicas* constituya una contribución de interés en este camino.

Agradecemos de manera muy especial a los integrantes del comité editorial que revisaron y evaluaron cada una de las propuestas enviadas.

Nélida Redondo y Sagrario Garay
Coordinadoras Red de Envejecimiento

PRIMERA PARTE

LAS EVIDENCIAS EMPÍRICAS ACERCA DEL ENVEJECIMIENTO Y LOS ADULTOS MAYORES: HOGARES, SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

I. ENVEJECIMIENTO DEMOGRÁFICO Y SITUACIÓN SOCIAL
DE LOS ADULTOS MAYORES

Cambios en los hogares con población envejecida en Argentina y México: algunas aproximaciones a las transformaciones familiares derivadas de la transición demográfica

Sagrario Garay¹

Néida Redondo²

Verónica Montes de Oca³

Resumen

La transición demográfica ha derivado en el progresivo envejecimiento de las poblaciones de los diversos países de América Latina y el Caribe. Una de las consecuencias del envejecimiento demográfico es el cambio en las modalidades y configuraciones de los arreglos familiares en los que reside la población adulta mayor. En los países con poblaciones envejecidas, los hogares tienden a poseer menor tamaño y se suelen preferir los contextos monogeneracionales de convivencia. Argentina y México comparten la raigambre cultural iberoamericana, pero son países que atraviesan diferentes etapas de su transición demográfica. Mientras en Argentina se inició tempranamente el descenso de la fecundidad y la mortalidad, en México la transición comenzó más tardíamente. En este artículo se analizan los procesos de envejecimiento demográfico y las modalidades de allegamiento residencial de las poblaciones urbanas de adultos mayores de ambos países. Debe señalarse que en las áreas urbanas se concentran las mayores proporciones de hogares y personas de 65 años y más.

Palabras clave: envejecimiento, arreglos familiares, urbano, Argentina y México.

Abstract

Changes in household with elderly people in Argentina and Mexico: some approaches to family transformations derived from demographic transition

Demographic transition has derived into progressive population ageing in Latino America and Caribbean countries. Changes in family arrangements where elderly people live are one of the consequences of population ageing. In the countries where population is aged, homes with elderly people tend to be smaller and to be composed by an only generation. Argentina and Mexico share the Latin American cultural heritage, but both countries cross different phases of their demographic transition. While in Argentina, mortality and fertility rates descended earlier, at the beginning of the twenty century, in Mexico transition began later, just at the middle of latest century. In this article, in both countries, population ageing and older people's households types are analyzed for urban elderly populations. It should be indicated that urban areas concentrate the greatest percentage of households where 65 years and plus population live.

Keywords: aging, living arrangements, urban, Argentina and Mexico.

1 Universidad Autónoma de Nuevo León, México, sgarayv@colmex.mx.

2 Universidad ISALUD, Buenos Aires, Argentina, nredondo@fibertel.com.ar.

3 Universidad Nacional Autónoma de México, vmois@gmail.com.

Introducción

A lo largo de los procesos de envejecimiento de las poblaciones y de urbanización e industrialización se produjo la reducción del sostén de las personas mayores a través de las transferencias intergeneracionales en la familia y, en cambio, se registró el incremento de las transferencias intergeneracionales mediadas por la sociedad y de las transferencias individuales a través del mercado de inversiones y capitales. Estos cambios en las modalidades tradicionales de transferir los recursos sociales entre las cohortes se asociaron a la creación, desde fines del siglo XIX y los primeros años del XX, de instituciones políticas específicamente destinadas a asegurar el bienestar durante la vejez de los ciudadanos de los países cuyas poblaciones envejecieron.

La organización familiar también se transformó en las sociedades envejecidas, debido a que el alargamiento de la vida y el aumento de la proporción de personas mayores hicieron inviable la coexistencia de más de tres generaciones en una misma unidad doméstica. La reducción del tamaño de los hogares y las preferencias por los contextos unigeneracionales de convivencia es otra de las consecuencias de la industrialización, la urbanización y el envejecimiento demográfico. A partir de 1950 el aumento de los hogares unipersonales de personas mayores o de matrimonios viviendo solos tras la independencia de los hijos adultos es un resultado exclusivo del envejecimiento de las poblaciones. También es consecuencia del envejecimiento poblacional la feminización de la población (Laslett, 1995; United Nations, 1988).

En este trabajo se muestran las diferencias que se observan en dos países iberoamericanos, que comparten marcos de valor y culturales similares, pero que evidencian dos situaciones distintas en sus respectivas transiciones demográficas. Por un lado, Argentina es un país del Cono Sur del continente americano que inició tempranamente su envejecimiento demográfico, se halla en la fase de transición demográfica avanzada y registraba 9,9% de personas con 65 años y más en el año 2001. Por el otro lado, México, en América del Norte, está actualmente en la etapa de transición moderada y tenía 5,0% de personas con 65 años y más en el año 2000 (Celade, 2005).

En primer término, se presentan breves reseñas de la evolución demográfica de ambos países que ofrecen sustento al análisis comparado de los tipos de hogar y contextos generacionales de residencia de las dos poblaciones de adultos mayores. En ambos países, los datos corresponden a poblaciones urbanas, las que representan a la mayor proporción de población con 65 años o más.

Familia y vejez

El envejecimiento de la población y las condiciones de vida de la población con edades avanzadas presentan diferencias marcadas entre países. Mientras en las regiones más ricas se establecieron sólidos sistemas de seguridad social que proporcionan ingresos económicos y cobertura de salud, en los países con menor desarrollo socioeconómico la población adulta mayor se enfrenta a la falta de cobertura social y a la carencia de servicios médicos adecuados (Barrientos y Lloyd-Sherlock, 2003 citado en Huenchuan y Guzmán, 2006). Los países de América Latina y el Caribe son partícipes de esta realidad global. Mientras en México el porcentaje de población con protección social apenas rebasa el 20,0%; en los países del Cono Sur —Argentina, Uruguay, Chile—, Brasil y Cuba más de la mitad de la población con 60 años tiene cobertura social (Hakkert y Guzmán, 2004).

La extensión de la cobertura de los sistemas de protección social tiene consecuencias sobre las formas de coresidencia de las familias. En los países en los que la cobertura es baja adquieren relevancia las redes informales de apoyo y aumentan las proporciones de hogares en los que conviven grupos familiares de varias generaciones. En un contexto de baja protección social estatal o paraestatal hacia la población envejecida, las redes informales de apoyo adquieren gran relevancia. Un indicador de ello es la coresidencia de los adultos mayores en hogares con dos generaciones o más pues, a diferencia de Europa y América del Norte en donde una alta proporción de la población envejecida reside sola o con su cónyuge, en América Latina y el Caribe más del 60,0% de los adultos mayores comparten la residencia con sus hijos y/o nietos (Saad, 2005).

En los países con baja cobertura de los sistemas de protección social la familia constituye el ámbito más importante de solidaridad intergeneracional para la población adulta mayor. Esto se debe a que la cohabitación permite, entre otras dimensiones, reducir los costos de la vivienda, compartir los gastos en alimentación y facilita el apoyo entre los integrantes del hogar (Hakkert y Guzmán, 2004; Montes de Oca, 2004). Existen argumentos contrarios a esta idea, mencionando que la coresidencia no necesariamente implica que los recursos se socialicen entre todos los miembros. Sin embargo, predomina la perspectiva que señala que compartir un espacio físico se asocia fuertemente con la repartición de recursos al interior del mismo (De Vos y Holden, 1988 citado en Hakkert y Guzmán, 2004).

Fuentes de datos y algunas precisiones metodológicas

Para mostrar los cambios en los arreglos familiares, en Argentina se utilizaron los datos de la Encuesta Permanente de Hogares⁴ (EPH) correspondientes al período 2001 a 2006. En México se analizaron los datos de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (Enadid) de los años 1992, 1997 y 2006.⁵ Posteriormente, y con la finalidad de tener un período para el cotejo de ambos países, se efectuó el estudio comparado para el año 2006. Ambas fuentes de información permiten identificar los principales cambios que comparten las poblaciones en los hogares y visualizar algunos efectos derivados del envejecimiento temprano en el país del Cono Sur, evaluando las similitudes y diferencias de Argentina con México, cuya transición demográfica tiene una tendencia menos avanzada.

En ambos países se considera sólo a las áreas urbanas, debido a que las encuestas a hogares se relevan exclusivamente en aglomerados. Sin embargo, es conveniente tener en cuenta que en este tipo de localidades generalmente se concentra la población envejecida. La EPH en Argentina se realiza en áreas urbanas, correspondientes a 31 aglomerados de todo el país. Para México, con la Enadid, las localidades urbanas corresponden a las mayores de 2500 habitantes. Esto no afecta la comparación porque, en el caso de México, las distribuciones de los adultos mayores en los distintos arreglos familiares resultaban muy similares entre los tamaños de localidad mayores a 2500 habitantes.

Los arreglos habitacionales que se analizan en este trabajo son de dos tipos: a) en primer lugar se analizan las modalidades según su relación de parentesco con el jefe del hogar, distinguiendo hogares unipersonales, de parejas solas, hogares nucleares, hogares extensos/compuestos y no familiares, y b) se estudian las variaciones según la convivencia entre generaciones, distinguiéndose entre hogares

4 La EPH es la encuesta continua a los hogares urbanos de 31 aglomerados y su muestra es representativa del 75,0% del total de la población del país. La encuesta capta datos de los hogares, las viviendas y la población, fundamentalmente los relacionados con la inserción de la población en el mercado de trabajo. También releva datos de cobertura de salud, previsional y asistencia escolar.

5 La Enadid es una encuesta representativa a nivel nacional que aborda diversos aspectos de carácter social, económico y demográfico. Entre los temas que abarca esta encuesta están: características de las viviendas, características de las personas, migración internacional, fecundidad e historia de embarazos, registro de nacimientos y defunciones, preferencias reproductivas, anticoncepción y salud materno-infantil.

monogeneracionales⁶ y multigeneracionales.⁷ En los primeros se pueden distinguir, a su vez, a los unipersonales y los multipersonales; en los segundos se distingue entre los encabezados por jefes con 65 años o más y los jefaturados con menores de 65 años. Esta última consideración sobre la jefatura del hogar permitirá aproximarse a la adhesión de los hijos (as) al núcleo parental y viceversa.

El envejecimiento de la población argentina

En Argentina desde la década de los setenta, se puso en evidencia el cambio de la estructura de edades de la población. Este país continuaba, con sus particularidades, el patrón de la transición demográfica que se inició a mediados del siglo XIX en los países de Europa occidental y América del Norte.

El crecimiento económico derivado de la incorporación del país a la división internacional del trabajo motivó estas transformaciones demográficas que fueron acompañadas por la creación de instituciones de bienestar. Como en otras sociedades industriales con poblaciones envejecidas, a lo largo del siglo XX el soporte económico y social de las personas mayores argentinas se socializó a través de instituciones de la seguridad social que se establecieron siguiendo los modelos de los países pioneros en la materia. Asimismo, a partir de la segunda mitad del siglo se inició el desarrollo de estudios académicos y sociedades científicas específicamente dirigidos al tratamiento de la temática. En síntesis, durante el siglo XX se produjo en Argentina un notable cambio en la composición por edades de la población, en el conocimiento académico y profesional sobre el envejecimiento y en los estilos de vida de las personas mayores.

Entre 1870 y 1930, la masiva llegada de inmigrantes de ultramar determinó un significativo crecimiento total de la población argentina, que en algunos quinquenios fue cercano al 30,0%. Asimismo, se produjo un intenso proceso de urbanización derivado de la predominante localización de la población inmigrante en las grandes ciudades de la pampa húmeda.

En este contexto, las tres variables primarias de la transición demográfica siguieron —con particularidades— el patrón que habían trazado unas décadas antes los países pioneros, pasando de niveles iniciales de mortalidad y fecundidad altos y estables a niveles finales

6 Hogares en los que sólo residen personas de 65 años o más.

7 Hogares con personas de 65 años y más en los que al menos una persona es menor de 65 años.

bajos y estables. El descenso de la fecundidad en Argentina —como la de los Estados Unidos— partió de niveles iniciales altos, cercanos a 7, es decir, a los niveles de la fecundidad natural (Torrado, 2003: 326).

El punto de declinación de la fecundidad global se ubicó aproximadamente a principios del siglo XX. Al promediar el siglo XX, los valores de la fecundidad en Argentina indicaban que la transición estaba casi completa.

El crecimiento económico de principios de siglo también fue decisivo para el descenso de la mortalidad en Argentina. En los primeros años del siglo pasado se iniciaba el sostenido aumento de la esperanza de vida de la población argentina: la duración de la vida promedio se duplicó en un período de aproximadamente setenta y siete años (Lattes y Lattes, 1975: 40). Según sus causas, el descenso de la mortalidad iniciado a principios del siglo XX en la población argentina se asemeja más al proceso de los países europeos y de los Estados Unidos que al que siguieron otras naciones latinoamericanas. Argentina redujo la mortalidad debido al desarrollo económico de la época, que incluyó la creación de facultades de medicina, la construcción de rutas, la extensión del transporte, los servicios públicos y el mejoramiento de la vivienda popular. Otros países latinoamericanos, con excepción de los de América del Sur templada, iniciaron el descenso a partir de la segunda mitad del siglo XX debido a la ejecución de las campañas sanitarias de vacunación y control de las enfermedades infecciosas.

El proceso de envejecimiento de la población argentina no sigue, en cambio, el patrón de los países europeos debido a que la disminución de la fecundidad general, iniciada a principios del siglo XX, no produjo un cambio en la estructura de edades de la población. Lamentablemente, el período intercensal 1914-1947 es demasiado extenso y esconde el momento de inflexión en el cambio de la estructura de edades, pero es fácil inferir que se produjo alrededor del año 1930, cuando se interrumpió la inmigración masiva. La recepción de nutridas corrientes inmigratorias rejuveneció a la población argentina en las primeras décadas del siglo XX y evitó los efectos de la reducción de la fecundidad sobre su composición de edades, pero entre las décadas de los cincuenta y los setenta el envejecimiento de la población argentina asumió una notable velocidad.

El censo de 1970 puso en evidencia que el país estaba envejecido: los mayores de 65 años representaban el 7,2% del total de la población. En Argentina, el envejecimiento demográfico demandó setenta años de evolución, un proceso de más larga duración que el de los países europeos y algo más corto que el de los Estados Unidos. Está

claro que la inmigración y los más altos niveles iniciales de la fecundidad demoraron el envejecimiento en el continente americano (Redondo, 2007).

A lo largo de los últimos treinta años del siglo XX, la población argentina continuó su proceso de envejecimiento. Sin embargo, ya se registraba una disminución del ímpetu que presentó entre 1950 y 1970 (véase gráfico 2).

Hacia fines del siglo XX se evidenciaba además un continuo aumento de la proporción de personas de edad extrema —los mayores de ochenta años— en el total de la población, es decir, se notaba a su vez el envejecimiento de la población de personas mayores (véase gráfico 4).

El aumento de la proporción de la población de edad extrema está asociado con el proceso de envejecimiento desde la cúspide de pirámide de edad, o sea, el descenso de la mortalidad en las edades avanzadas tiene su efecto en el aumento de la esperanza de vida en las edades extremas. En las últimas décadas del siglo XX era evidente el alargamiento de la vida promedio de la población, aun en las edades mayores (Redondo, 2007).

También en Argentina, el control de las enfermedades degenerativas está íntimamente vinculado al desarrollo económico de las regiones y al nivel socioeconómico de las familias y las personas. Los avances científicos que se produjeron en las últimas décadas para la prevención y el tratamiento del cáncer y las enfermedades cardiovasculares requieren, en general, tecnología de alta complejidad para el diagnóstico y tratamiento, y su accesibilidad no es universal ni equitativa entre los distintos estratos sociales y regiones.

Por su parte, la fecundidad ha continuado su descenso —progresiva pero suavemente— a lo largo de estas décadas: su valor se halla todavía por encima del reemplazo generacional. Esta suave declinación de la fecundidad, con oscilaciones en la década de los ochenta, se traduce en un proceso de envejecimiento sostenido, pero moderado. Las proyecciones indican que el envejecimiento demográfico se irá acentuando, así como el de la población mayor, medido a través del aumento de la proporción de personas en edad extrema sobre el total de la población argentina. Debe destacarse que las proyecciones prevén que en el año 2015 las personas mayores de ochenta años superen el millón. Sin perjuicio de ello, el envejecimiento de la población argentina no alcanzará en las próximas décadas valores similares a los de los países más envejecidos del planeta.

Visto en perspectiva internacional, el envejecimiento demográfico de Argentina, aunque avanza progresivamente en todas las provin-

cias, es todavía moderado. El envejecimiento de la población argentina es el tercero en orden de importancia de América Latina, sólo superado por el de Uruguay y levemente por Cuba, es menor que el de los países de América del Norte y Oceanía y es significativamente más bajo que el de los países europeos y Japón.

Transición demográfica y envejecimiento en México

En México durante las primeras décadas del siglo XX se registró un descenso de la mortalidad que se acentuó en la década de los cuarenta. Se estima que la tasa de mortalidad infantil pasó de 317 muertes por cada mil nacidos vivos en 1930 a 110 por cada mil nacidos vivos en 1970 (Partida, 2005b). Esta primera fase de la transición demográfica de alta mortalidad y alta fecundidad representó, para las generaciones nacidas a principios de siglo, la oportunidad de superar enfermedades transmisibles en etapas tempranas de su curso de vida. En varios casos, la experiencia de la orfandad marcó la infancia de muchas personas que actualmente han alcanzado la vejez. Esto se debió a que la mortalidad general observó alrededor de 33 a 40 defunciones por mil a principios del siglo XX, por lo que sólo alcanzaban edades maduras y avanzadas entre el 10,0% y el 15,0% de la población nacida en esas fechas (Benítez, 2000).

Entre 1945 y 1960 se presentaron las mayores tasas de natalidad, que combinadas con el descenso de la mortalidad, se tradujeron en las tasas de crecimiento más altas de la población en la historia de México. En esa época, las tasas de crecimiento oscilaban entre 1,76% y 3,4% anual. Para los adultos mayores nacidos en las primeras décadas del siglo, esta etapa significó una segunda gran experiencia. Enfocada en esos momentos en su trayectoria reproductiva: debido a que sus hijos llegaron a sobrevivir a la mortalidad infantil, las familias tuvieron una numerosa descendencia. Las tasas globales de fecundidad estimadas para la época eran de 5,7 a 7 hijos por mujer en edad reproductiva (Benítez, 2000).

Mientras la tendencia del descenso de la mortalidad continuaba, en la década de los sesenta se registraron los primeros indicios de la caída de la natalidad, los que se complementaron con las políticas de planificación familiar. Esta segunda fase de la transición demográfica significó que la descendencia de los hijos e hijas de las personas mayores fueran de menor tamaño. De 7 hijos por mujer en edad reproductiva en 1970, se pasó a 3,1 hijos en 1990 y a 2,6 en el año 2000. También se aseguró la sobrevivencia de los nietos y nietas de

las personas mayores, en gran medida, gracias a las instituciones de salud, aunado a otros factores sociales como el mejoramiento de los niveles educativos, entre los más importantes.

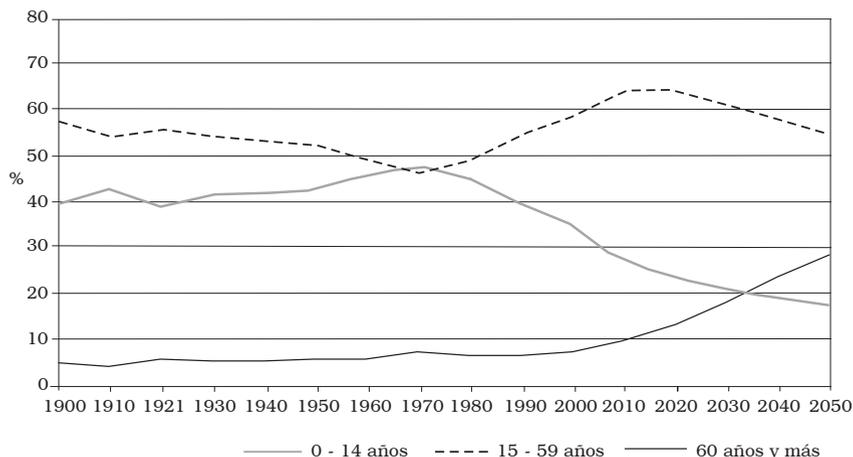
La mortalidad infantil prosiguió su descenso desde 110 fallecimientos por cada mil nacidos vivos en 1970 a 23,42 muertes en el 2000. Durante este período un gran número de personas mayores alcanzaban edades más avanzadas que sus antecesores, que se vio reflejado en el incremento en la esperanza de vida. Las cohortes experimentaron entonces una tercera gran vivencia: llegar a la vejez.

La esperanza de vida como efecto del descenso de la mortalidad pasó de 30 años en 1910, a 50 años en 1950, a 72,6 años en 1990 y a 74 en 2000. Como resultado de este proceso, los hogares con tres o cuatro generaciones comenzaron a ser visibles en las últimas décadas del siglo XX.

Otro fenómeno demográfico durante la segunda mitad del siglo XX fue la pérdida neta por migración internacional, que fue relevante a partir de 1960. La migración es un factor clave porque, al igual que la mortalidad y la fecundidad, incide en el crecimiento de la población. Se señala que este fenómeno redujo, en el año 2000, 0,4% de la tasa de crecimiento social de la población (Conapo, 2001).

El proceso de envejecimiento en México se puede observar de manera clara a partir de los cambios proporcionales que se fueron dando por grandes grupos de edad (véase gráfico 1). En la primera fase de la transición demográfica la población con menos de 15 años representaba en 1900 el 39,0% y 47,7% en 1970, mientras que la población en edad reproductiva entre 15 y 49 años siguió una progresiva disminución de 56,9% en 1900 a 47,2% en 1970. La población con 60 años y más pasó de 4,1% a 5,2% en ese mismo período. Durante la segunda fase de la transición demográfica la población con menos de 15 años disminuyó su porcentaje a 33,0% en el 2000 como efecto de las políticas de control de la natalidad. Para el 2005 este grupo de edad representaba el 31,3%. Mientras que la población en edad productiva entre 15 a 49 años aumentó a 59,0% en 2000. Cinco años después la población en edad productiva y reproductiva representaba 61,1%. Por su parte, las personas con 60 años y más representaron 6,8% en 2000 y 7,6% en 2005.

Gráfico 1. México, 1900-2050: porcentaje de población por grandes grupos de edad



Fuente: elaboración propia con base en datos de los Censos Generales de Población y Vivienda 1900-2000 y proyecciones de población Conapo 2002.

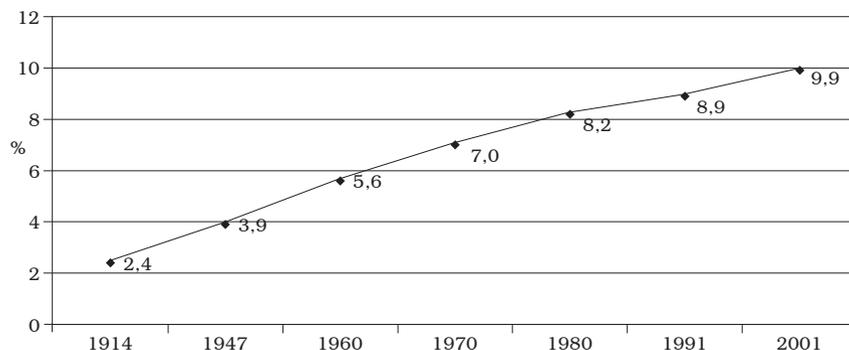
Las proyecciones de población, en el corto plazo, estimadas por el Consejo Nacional de Población (Conapo), muestran que la población de estos grandes grupos de edad en el año 2012 pasará a ser: 25,5% en el grupo de menores de 15 años, 65,1% en el grupo de 15 a 59 años y 9,4% en los mayores de 60 años. La tendencia continuará hasta 2030, momento en que comenzará a descender la población en edad productiva. De acuerdo con los especialistas en población, en el presente siglo los niveles de mortalidad y natalidad convergerán para llegar a lo que llaman la tercera etapa de la transición demográfica (Partida, 2005a).

Población envejecida en Argentina y México

Se ha mencionado anteriormente que las etapas de la transición demográfica se presentaron más prematuramente en la población argentina que en la población mexicana. En consecuencia, la proporción de personas con 65 años o más en el total de la población de cada país siguió una trayectoria diferente a lo largo del siglo XX. A principios de ese siglo la proporción de personas con 65 años o más era muy similar en ambos, pero la acelerada reducción en las tasas de fecundidad y mortalidad en Argentina y la interrupción de la inmigración masiva provocaron un rápido envejecimiento de su población en la segunda mitad del siglo XX. Es interesante destacar que el nivel de personas adultas mayores que había en el 2005 en México (5,5%) equivale al observado

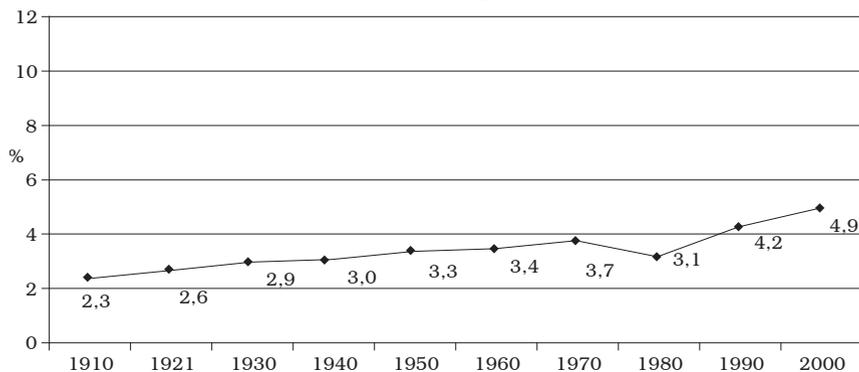
en Argentina en la década de los sesenta, reflejando la velocidad del envejecimiento demográfico en el país del Cono Sur (véase gráfico 2). Lo mismo ocurre con la población de edad extrema, siendo la proporción de personas con 80 o más años en el 2001 en Argentina más del doble de la observada en México en el año 2000 (véase gráfico 4 y 5).

Gráfico 2. Argentina, 1914-2001: porcentaje de personas con 65 años y más sobre el total de la población



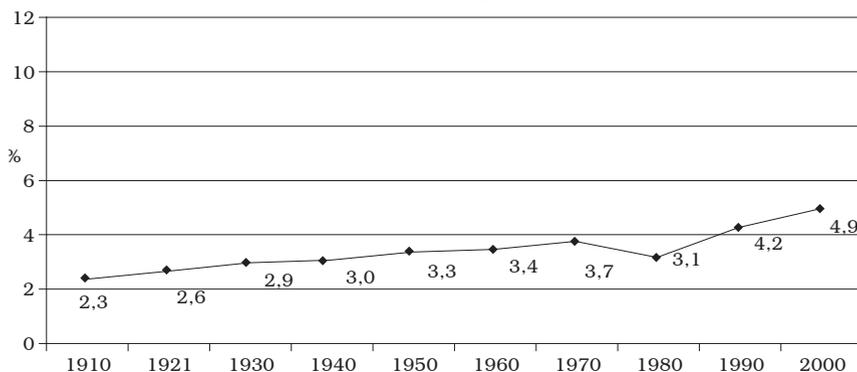
Fuente: elaboración propia con base en datos de los Censos Nacionales de Población y Vivienda 1914, 1947, 1960, 1970, 1980, y 1991 y el Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda 2001. INDEC.

Gráfico 3. México, 1910-2000: porcentaje de personas con 65 años y más sobre el total de la población



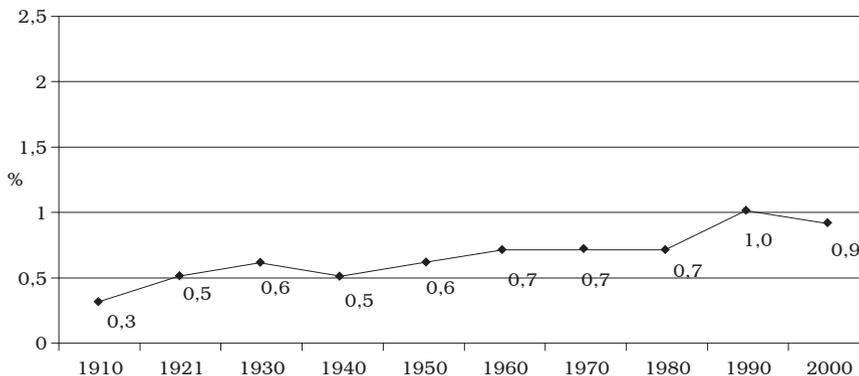
Fuente: elaboración propia con base en datos del Censo de Población de los Estados Unidos Mexicanos 1910, Censo General de Habitantes 1921, Censos Generales de Población 1930, 1940, 1950, 1960 y 1970, Censos Generales de Población y Vivienda 1980, 1990 y 2000. INEGI.

Gráfico 4. Argentina, 1914-2001: porcentaje de personas con 80 años y más sobre el total de la población



Fuente: elaboración propia con base en datos de los Censos Nacionales de Población y Vivienda 1914, 1947, 1960, 1970, 1980, y 1991 y Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda 2001. INDEC.

Gráfico 5. México, 1910 -2001: porcentaje de personas con 80 años y más sobre el total de la población



Fuente: elaboración propia con base en datos del Censo de Población de los Estados Unidos Mexicanos 1910, Censo General de Habitantes 1921, Censos Generales de Población 1930, 1940, 1950, 1960 y 1970, Censos Generales de Población y Vivienda 1980, 1990 y 2000. INEGI.

El envejecimiento demográfico argentino y el aumento del número de personas mayores en México determinan la necesidad de ampliar los servicios y la infraestructura adecuados para la atención de las necesidades específicas de la población de estas edades. Como es lógico, existe actualmente una notoria disparidad entre las coberturas de servicios que se ofrecen en uno y otro país, debido justamente a las

diferencias en el tiempo de desarrollo de ambos procesos. En México todavía se observa la carencia de cobertura de los servicios de salud, así como la insuficiencia de prestaciones económicas para las personas adultas mayores. En el año 2000 sólo 12,7% de la población con 65 años o más recibía ingresos por pensión o jubilación. La falta de cobertura de la seguridad social parece tener impacto en la participación económica de las personas envejecidas porque 24,0% de ellos se encontraban ocupados a principios del siglo XXI. Las dificultades económicas no es la única carencia a la que se enfrenta la población adulta mayor, también existen déficit en los servicios de salud, pues en el 2000 sólo el 47,8% eran derechohabientes en alguna institución de salud: aunque la cobertura se amplió a 55,4% en el 2005, es apreciable la cantidad de personas envejecidas que carecen de acceso a servicios de salud.

Por su parte, en Argentina es extensa la cobertura del sistema de protección social a la vejez. En el año 2001, el 70,9% de la población de 65 años y más recibía jubilaciones o pensiones, en tanto, el 81,3% tenía derecho a cobertura de salud por obra social, plan mutual o prepago. Durante el período intercensal 2001-2009 la cobertura se amplió notablemente, alcanzando en la actualidad valores cercanos al 90,0% de la población de 65 años y más protegida. Los haberes previsionales constituyen el principal componente de los ingresos corrientes de los hogares con adultos mayores argentinos.

La amplia cobertura previsional no implica, sin embargo, que las personas de 65 años y más se retiren definitivamente del mercado de trabajo cuando se jubilan. Debido a que la magnitud de los haberes no reemplaza adecuadamente al salario en actividad, las personas se mantienen laboralmente activas durante más tiempo. Por este motivo, en el año 2002, la tasa de ocupación de ambos sexos era de 10,9%, a su vez el porcentaje de varones de 65 años y más que se mantenía ocupado representaba el 25,2% del total de la población masculina de esa edad.

Arreglos familiares y envejecimiento en Argentina y México

El envejecimiento demográfico de los países latinoamericanos es diferencial. Mientras los países del Cono Sur del continente y Cuba presentan poblaciones envejecidas desde las últimas décadas del siglo XX, los restantes van accediendo al mismo con distintas velocidades. Dado que el cambio en la estructura por edades de las poblaciones estuvo acompañado por la creación de instituciones de la seguridad social que cubren el riesgo de pobreza en la vejez, también son diferentes en los países de la región las fuentes de ingresos y de soporte económico de las personas mayores según sus diferentes composiciones por edades.

En las sociedades tradicionales, antes del envejecimiento de las poblaciones y de la implantación de las instituciones sociales para la vejez, el sostén de las personas mayores dependía principalmente de su propio trabajo y, cuando la capacidad física disminuía en niveles que exigían el retiro laboral, su subsistencia dependía de su familia, o bien, de las asociaciones de caridad. A partir del año 1945, la protección social para la vejez se desarrolló en todos los países occidentales con poblaciones envejecidas. La «edad de oro», entre 1945 y 1975, del Estado de bienestar occidental también se evidenció en algunos países sudamericanos de envejecimiento temprano, en tanto fue prácticamente invisible en otros países latinoamericanos con poblaciones estructuralmente más jóvenes. Argentina posee uno de los sistemas de protección social para la vejez más antiguos y extensos de la región, en tanto México se está proponiendo actualmente la ampliación de la cobertura de su seguridad social.

La transformación en las modalidades de allegamiento familiar de las personas mayores y la extensión de la protección social para la vejez son atribuibles al envejecimiento de las poblaciones, así como a la industrialización y urbanización en las que está inscrita la transición demográfica. Por ese motivo, países con distintos niveles de envejecimiento poblacional muestran también diferentes modalidades de hogares en los que residen sus poblaciones de adultos mayores. En los países de envejecimiento temprano y amplia cobertura del sistema de protección social a la vejez se avanzó hacia la individuación, fundamentalmente puesto en evidencia por el gradual aumento del porcentaje de personas mayores residiendo en hogares unipersonales. En los países cuyas poblaciones no alcanzaron aún el umbral de envejecimiento demográfico, en los que los sistemas de seguridad social están fragmentados y no cubren a toda la población (Montes de Oca y Garay, 2010a), una importante proporción de la población adulta mayor depende del apoyo que le otorga la familia (Saad, 2003 citado en Pérez y Brenes, 2006).

Estas tendencias generales se ponen de manifiesto en los dos países que se analizan en este trabajo. Durante el período 2001-2006, en la población argentina con 65 años y más el tipo de arreglo que predominaba era el nuclear, dentro del cual la pareja sola era la que tiene una mayor presencia. A su vez, los arreglos extensos o compuestos han mostrado una ligera disminución y los hogares unipersonales mantienen su importancia (véase tabla 1).

Tabla 1. Argentina, 2001-2006: distribución porcentual de la población con 65 años o más según arreglo familiar urbano

<i>Tipo de hogar</i>	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Unipersonal	20,8	21,6	21,3	21,8	22,1	21,4
Pareja sola	31,5	29,2	31,4	31,6	30,7	31,1
Nuclear con hijos	16,8	17,4	17,4	17,7	17,0	17,8
Extenso o compuesto	30,5	31,3	29,4	28,3	29,6	29,3
No familiar	0,5 (*)	0,5 (*)	0,5 (*)	0,7 (*)	0,6 (*)	0,4 (*)

(*) Coeficiente de variación superior al 10,0%

Fuente: elaboración propia con base en datos de la EPH 2001-2006.

En México, en cambio, el hogar unipersonal descendió durante el período 1992-2006. Las unidades domésticas de tipo nuclear con hijos disminuyeron, mientras que la proporción de parejas solas se incrementó. Es interesante observar la tendencia creciente en el porcentaje de personas con 65 años o más que residen en hogares extensos o compuestos, que podría asociarse a la inclusión de esta población como parte de los apoyos familiares hacia los adultos mayores (véase tabla 2).

Tabla 2. México, 1992-2006: distribución porcentual de la población con 65 años o más según arreglo familiar urbano

<i>Tipo de hogar</i>	1992	1997	2006
Unipersonal	16,7	15,8	11,6
Pareja sola	14,7	14,1	20,4
Nuclear con hijos	26,8	28,0	22,8
Extenso o compuesto	41,1	41,4	45,2
No familiar	0,7	0,7	0,0

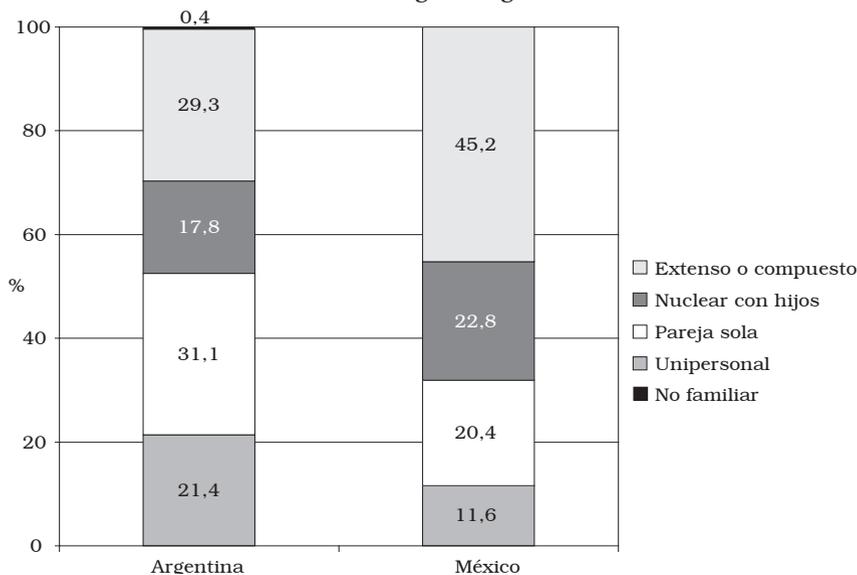
Fuente: elaboración propia con base en datos de la Enadid 1992, 1997 y 2006.

El análisis comparado de la composición de los hogares urbanos en los que residen las personas con 65 años o más en Argentina y México pone en evidencia que el arreglo familiar extenso tiene mayor presencia entre la población adulta mayor mexicana. El hogar nuclear concentra

a una alta proporción de adultos mayores en ambas poblaciones, pero en el caso de Argentina predominan las parejas solas y en México el arreglo nuclear con hijos. La diferencia más destacable entre los dos países es el porcentaje significativamente más elevado de los hogares unipersonales en la población adulta mayor argentina (casi duplica la proporción que se registra en México) (véase gráfico 6). En conjunto, la diferencia en las estructuras de las familias de los adultos mayores en ambos países es compatible con los distintos niveles de envejecimiento poblacional que cada uno de ellos presenta.

Sin perjuicio de ello, la modernización, entendida como un mejor desarrollo social y un mayor nivel educativo entre las poblaciones puede ser un elemento que refuerza las preferencias por hogares unipersonales y de parejas solas como se observa en la región norte de México (Montes de Oca y Garay, 2010b). Además, la extensión del sistema de protección social a la vejez en la Argentina, fundamentalmente la amplia cobertura de jubilaciones y pensiones, facilita la orientación hacia los arreglos residenciales independientes de las personas mayores (Redondo, 2009).

Gráfico 6. Argentina y México, 2006: distribución porcentual de la población con 65 años o más según arreglo familiar



Fuente: elaboración propia con base en datos de la EPH y Enadid, 2006.

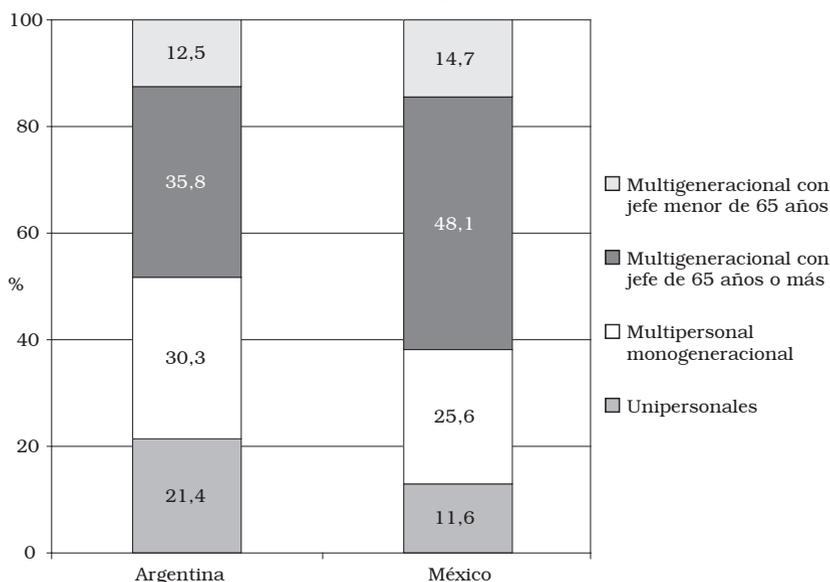
Otra perspectiva para observar las distintas modalidades de los hogares con personas mayores es el que considera la edad de sus integrantes. Desde este enfoque, es de interés distinguir aquellos hogares en los que todos sus integrantes son personas de 65 años y más, a los que se denomina «monogeneracionales», de aquellos otros en los que viven personas con 65 años y más con al menos una persona que es menor de 65 años (multigeneracionales). Los hogares multigeneracionales, a su vez, se pueden diferenciar según el jefe del hogar sea una persona de 65 años y más o menor de 65 años.

El análisis comparado de la distribución de la población adulta mayor en los distintos tipos de hogares muestra que los hogares monogeneracionales representan una alta proporción en Argentina (51,7%), mientras que en México concentran al 38,1% de la población con 65 años o más. Es decir, en Argentina, algo más de la mitad de la población urbana de 65 años y más vive en hogares unipersonales o en hogares multipersonales en los que todos los integrantes son también personas adultas mayores. En México, en cambio, ese porcentaje sólo alcanza al 38,0% de la población y se trata principalmente de hogares en los que pueden vivir parejas solas, hermanos u otras personas de la misma edad, pero en mucha menor medida se registran los unipersonales.

Los arreglos multigeneracionales con jefe menor de 65 años son ligeramente más prevalentes en México, poniendo en evidencia que, a diferencia de los argentinos, un mayor porcentaje de mexicanos adultos mayores se adhiere al núcleo familiar de los adultos más jóvenes (véase gráfico 7).

El hogar multigeneracional cuyo jefe es una persona de 65 años o más representa una alta proporción en ambos países, pero es mayor en México (véase gráfico 7). El aumento de este tipo de hogar es un indicador de que los hijos adultos y posiblemente sus descendientes, permanecen en el núcleo familiar de origen por más tiempo o no se independizan del hogar de sus padres mayores. Este tipo de arreglo residencial de las personas mayores es más frecuente en los países en los que los sistemas de seguridad social no son suficientemente extensos o no aportan beneficios que posibilitan la vida independiente. También podría estar indicando una forma de arreglo a la que recurren las familias para hacer frente a dificultades en el acceso a la vivienda propia de los más jóvenes o a sus necesidades de cuidados, ingresos, entre otras dimensiones, debido a las carencias de sistemas de soporte sociales.

Gráfico 7. Argentina y México, 2006: distribución porcentual de la población con 65 años o más según contexto generacional de residencia



Fuente: elaboración propia con base en datos de la EPH y Enadid, 2006.

En Argentina, más de la mitad de la población urbana mayor reside en hogares monogeneracionales. La importancia relativa de este tipo de arreglos de residencia ratifica las conclusiones de estudios que señalan que quienes poseen mejores recursos económicos, participan de la actividad económica o presentan un mejor estado de salud tienden a vivir solos o en pareja son (United Nations, 1994; Redondo, 2005; Pérez y Brenes, 2006). Es decir, la más elevada proporción de adultos mayores argentinos en hogares monogeneracionales, multipersonales y unipersonales, podría ser un indicador de mayor independencia económica y mejores condiciones de salud en las edades avanzadas en comparación con la población de adultos mayores mexicanos.

Conclusiones

El análisis comparado realizado acerca de las modalidades de allugamiento habitacional de las personas mayores en México y en Argentina pone de manifiesto la existencia de una vinculación, consistente con la bibliografía internacional sobre el tema, entre el nivel de envejecimiento demográfico, la extensión de la cobertura de los sistemas estatales de protección y los tipos de hogar en los que los adultos mayores residen.

Entre la población urbana mayor argentina es evidente la tendencia hacia la individuación, que puede ser la consecuencia del proceso de envejecimiento demográfico más avanzado, así como de mejores condiciones relativas de salud y económicas de las personas con 65 años o más en ese país. En México, en cambio, los tipos de hogares de las personas de las áreas urbanas reflejan un estadio más tardío en el cambio de edades de la población del país que se corresponde con el menor desarrollo del sistema de protección social para la vejez en ese país. El indicador más elocuente de esta fase más temprana de evolución es la baja proporción de hogares unipersonales, complementaria con la mayor prevalencia relativa de hogares de pareja sola y de familia extensa con varias generaciones convivientes.

El análisis efectuado sugiere la conveniencia de evitar generalizaciones acerca de las funciones de sostén de las familias de las personas mayores en América Latina y, en cambio, analizar de manera sistemática indicadores comparables que permitan establecer perfiles familiares asociados a los procesos demográficos. Asimismo, se destaca la importancia de efectuar el análisis de las modalidades residenciales de los adultos mayores siguiendo los dos enfoques, el de la relación de parentesco con el jefe de hogar, y el de los estilos de convivencia generacionales.

Bibliografía

- Benítez, Raúl (2000). «Los cambios de la población y la situación, perspectivas y consecuencias del envejecimiento en México», en *Encuentro Latinoamericano y Caribeño sobre las Personas de Edad*, Santiago de Chile: CEPAL.
- Celade (2005). «Dinámica demográfica y desarrollo en América Latina y el Caribe», en *Serie Población y Desarrollo*, Santiago de Chile: Celade, vol. 58.
- Conapo (2001). *La Población de México en el nuevo siglo*, México: Conapo.
- Hakkert, Ralph y Guzmán, José Miguel (2004). «Envejecimiento demográfico y arreglos familiares de vida en América Latina», en Ariza, Marina y de Oliveira, Orlandina (coords.), *Imágenes de la familia en el cambio de siglo*, México: Instituto de Investigaciones Sociales, Universidad Nacional Autónoma de México, pp. 479-516.
- Huenchuan, Sandra y Guzmán, José Miguel (2006). «Seguridad económica y pobreza en la vejez: tensiones, expresiones y desafíos para políticas», Reunión de Expertos sobre Población y Pobreza en América Latina y el Caribe, Santiago de Chile.
- Laslett, Peter (1995). «Necessary Knowledge: Age and Aging in Societies of the Past» en Kertzer, David y Laslett, Peter (eds.), *Aging in the Past Demography, Society and Old Age*, USA: The University of California Press. Scholarship Editions, pp. 3- 77.
- Lattes, Zulma y Lattes, Alfredo (1975). *La Población de Argentina*, Buenos Aires: INDEC.
- Montes de Oca, Verónica (2004). «Envejecimiento y protección familiar en México: límites y potencialidades del apoyo al interior del hogar» en Ariza, Marina y de Oliveira, Orlandina (coords.), *Imágenes de la familia en el cambio de siglo*, México: Instituto de Investigaciones Sociales, Universidad Nacional Autónoma de México, pp.519-563.
- y Garay, Sagrario (2010a). «Familias, hogares y vejez: cambios y determinantes en los arreglos familiares con personas adultas mayores en México, 1992-2006» en Chávez Galindo, Ana María y Menkes Bancet, Catherine (eds.), *Procesos y tendencias poblacionales en el México contemporáneo. Una mirada desde la ENADID 2006*, México: Secretaría de Salud, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias de la Universidad Nacional Autónoma de México, pp. 402-432.
- (2010b). «Living arrangements and old people: changes and determinants of older persons in regions on Mexico, 1992-2000» ponencia presentada en la reunión anual de la Population Association of America, Dallas, Texas, 15 al 17 de abril.
- Partida, Virgilio (2005a). «La transición demográfica y el proceso de envejecimiento en México», en *Papeles de Población*, México: Universidad Autónoma del Estado de México, Centro de Investigación y Estudios de la Población, n.º 45, julio-septiembre, pp. 9-27.
- (2005b). «La mortalidad en los primeros años de vida» en *México ante los desafíos de desarrollo del Milenio*, México: Conapo, pp. 193-235.
- Palloni, Alberto, Mary Mceniry, Rebeca Wong y Martha Peláez (2005). «El envejecimiento en América Latina y el Caribe», en *Revista Galega de Economía*, España: Universidad de Santiago de Compostela, vol. 14, n.º 001-002, junio-diciembre, pp.1-37.

- Pérez Amador, Julieta y Brenes, Gilbert (2006). «Una transición en edades avanzadas: cambios en los arreglos residenciales de adultos mayores en siete ciudades latinoamericanas», en *Estudios Demográficos y Urbanos*, México: El Colegio de México, A.C., vol. 21, n.º 003, pp. 625-661.
- Redondo, Nélica (2005). «Envejecimiento y pobreza en la Argentina al finalizar una década de reformas en la relación entre Estado y sociedad», en *Cuestiones Sociales y Económicas*, Buenos Aires: Facultad de Ciencias Sociales y Económicas, UCA, año III, n.º 6, pp. 47-68.
- (2007). «Estructura de edades y envejecimiento», en Torrado, Susana (coord.), *Población y bienestar en la Argentina. Del primero al segundo centenario*, Buenos Aires: EDHASA, pp.139-175.
- (2009). «Morfología de los hogares y tenencia de vivienda en la población urbana argentina de 65 años y más: variaciones 2001-2006», Jornadas de la Asociación Argentina de Estudios de la Población, Catamarca, noviembre.
- Saad, Paulo (2005). «Los adultos mayores en América Latina y el Caribe: Arreglos residenciales y transferencias informales» en *Revista Notas de Población*, Santiago de Chile: Celade, n.º 80, pp. 127-154.
- Torrado, Susana (2003). *Historia de la familia en la Argentina moderna (1870-2000)*. Buenos Aires: Ediciones La Flor.
- United Nations (UN) (1988). *Economic and Social Implications of Population Aging*, Nueva York: Department of Social and Economic Affairs.
- (UN) (1994). «Ageing and the Family. Proceedings of the United Nations. International Conference of Aging Populations in the context of the Family», Conference on Ageing Populations in the Context of the Family, Kitakyushu, Japón, 15 al 19 de octubre.

Contribución económica de las personas adultas mayores a los hogares urbanos en situación de pobreza en el Perú¹

Miguel Ángel Ramos Padilla²

Resumen

Este estudio tiene como objetivo generar evidencias sobre la contribución económica (monetaria y no monetaria) de las personas adultas mayores (PAM) (60 años y más) a las familias en contextos de pobreza en el área urbana. En primer lugar, se evidenció con información de la Encuesta Nacional de Hogares —ENAHHO 2007— anualizada, las condiciones de actividad y de ingresos por diversas fuentes de las PAM que viven en zonas urbanas y en hogares que están en condición de pobreza, y la importancia de esos ingresos a la economía familiar, con la finalidad de resaltar el aporte que realizan a sus hogares. En segundo lugar, buscamos poner en evidencia mediante estudios de casos en zonas pobres de Lima, utilizando técnicas cualitativas, la contribución que significa el aporte en trabajo doméstico, no monetario, principalmente de las mujeres adultas mayores a la reproducción del hogar, que permite que mujeres más jóvenes accedan al mercado de trabajo y obtengan ingresos monetarios.

Palabras clave: envejecimiento, transferencias económicas intergeneracionales, estrategias de sobrevivencia en pobreza urbana.

Abstract

Economic contribution of the elderly to urban households in poverty in the Peru

This study aims to generate evidence on the economic contribution (monetary and non monetary) of older adults (60 years and over) to families in situations of poverty in urban areas. First, was found, using data from the National Household Survey ENAHHO 2007, the characteristics of activities and income from several sources of the elderly living in urban areas and in homes that are in poverty status, and the importance of their income to the household economy, in order to highlight the contribution of them to the family economy. Second, been found, using case studies in poor areas of Lima, and using qualitative techniques, the importance of domestic work to household reproduction, mainly of the older women, such as non-monetary contribution, which allows younger women access to the labor market and to earn money.

Keywords: aging, intergenerational economics transfers, survival strategies in urban poverty.

1 Trabajo presentado en el IV Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, realizado en La Habana, Cuba, del 16 al 19 de noviembre de 2010. Esta ponencia se basa en una investigación apoyada por el UNFPA-Perú.

2 Universidad Peruana Cayetano Heredia, Perú, miguel.ramos@upch.pe.

Introducción

El proceso de envejecimiento de la población, considerado hasta hace algunas décadas como un fenómeno lejano a nuestra realidad y característica sólo de los países desarrollados, se experimenta de manera rápida en el Perú. En estos momentos, el envejecimiento de la población constituye un proceso generalizado en América Latina, producto del ingreso de la mayoría de países de la región a una etapa de plena transición demográfica, caracterizada por bajos niveles de fecundidad y un paulatino aumento de la esperanza de vida al nacer (Celade, 2002).

Según estudios de la CEPAL, el proceso de envejecimiento en nuestros países se torna preocupante por dos características que nos diferencian de las naciones ricas: en primer lugar, este proceso se desarrolla a un ritmo más acelerado; y en segundo lugar, lo que es más grave, se da en un contexto de alta incidencia de pobreza e inequidad social, un escaso desarrollo institucional, y una muy baja cobertura de la seguridad social (CEPAL, 2004).

La edad que la legislación peruana contempla para el cese de las actividades laborales y el disfrute de una pensión de jubilación es 65 años. No obstante, eso supone que cada persona que llega a esta edad ha aportado durante su vida activa a un fondo de pensiones, lo que supone a la vez que sus empleos tenían un carácter formal. Sin embargo, la realidad es otra. En el Perú el 60,0% de la producción se realiza informalmente; el 40,0% de la fuerza laboral está autoempleada en microempresas informales; y sólo el 20,0% de la fuerza laboral está afiliado a algún plan de pensiones formal (Loayza, 2008).

¿Cómo impacta esta situación en las condiciones de vida de estas personas adultas mayores (PAM) y a su entorno familiar? En su mayoría, deberán extender su vida laboral para seguir percibiendo ingresos hasta que el cuerpo se los permita. Lo preocupante es que las enfermedades y el deterioro del cuerpo crearán, en forma creciente, condiciones precarias de trabajo, o ya no tendrán ingresos y sus familias tendrán que soportar, además de los gastos de manutención, los crecientes costos de una deteriorada salud, todo lo cual compromete la capacidad de salir de la pobreza (CEPAL, 2000; Frisancho y Nakasone, 2007; Morón, 2008; Salgado de Snyder y Wong, 2006).

Si bien lo anterior es cierto, tanto las pocas PAM que perciben pensión de jubilación en los estratos pobres, como las que extienden su vida laboral hasta que sus fuerzas se lo permitan, aportan a la economía del hogar y, en muchos casos, siguen siendo las principales o

las únicas proveedoras. Dada la precariedad del empleo en el país, la mayoría de los puestos de trabajo en contextos de pobreza son inestables, lo que obliga a los más jóvenes a períodos de paro (Cavalié, 2005). En este contexto, muchas veces la pensión jubilación, a pesar de lo reducido de su monto, constituye el ingreso más estable para las familias extendidas, en viviendas donde habitan las PAM, junto a hijos casados, hijas casadas o separadas, nietos y nietas (Ramos, 2005). En general, se ha comprobado que en varios países de Latinoamérica las PAM, entre los 65 y 75 años, transfieren a las generaciones más jóvenes, mayores recursos económicos que lo que reciben y, por tanto, están muy lejos de ser una pesada carga para sus familias (Rosero-Bixby y Zúñiga, 2010; Bravo y Holz, 2010).

Hay contribuciones indirectas con la economía familiar en los hogares con PAM, pero que son poco consideradas porque no representan un aporte monetario. El retirarse de la actividad laboral es, culturalmente, sinónimo de no hacer nada y esto significa no ser nadie socialmente, por lo que se tiende a percibir a los ancianos como inútiles (Nué, 2001). Para la mayoría de los varones, cuando cesan de trabajar, la permanencia en el hogar constituye una ruptura abrupta con el pasado porque el hogar no ha sido el centro de las actividades productivas ni los quehaceres domésticos estuvieron dentro de sus responsabilidades. A diferencia de ellos, las mujeres mayores siguen cumpliendo un rol crucial en la reproducción familiar realizando actividades domésticas (Ginn y Arber, 1996), crianza de nietos y otras actividades en apoyo a sus hijas, permitiendo que estas salgan a trabajar (Wong, 2006). Esta contribución no ha sido valorizada, pero significa un aporte cardinal para enfrentar la pobreza.

En este estudio queremos, en primer lugar, evidenciar con información de la Encuesta Nacional de Hogares —ENAHO 2007— del Instituto Nacional de Estadística e Informática, las condiciones de actividad y de ingresos por diversas fuentes de las PAM que viven en zonas urbanas y en hogares que están en condición de pobreza, y la importancia de esos ingresos a la economía familiar, con la finalidad de resaltar no sólo la precariedad y limitaciones evidentes en que se desenvuelven las PAM en nuestro país, sino a la vez el aporte que realizan a la economía familiar en situación de pobreza.

En segundo lugar, buscamos poner en evidencia mediante estudios de casos en zonas pobres de Lima, usando técnicas cualitativas, la gran contribución del trabajo doméstico, no monetario, de las mujeres mayores a la reproducción del hogar, que permite que otras mujeres más jóvenes accedan al mercado de trabajo y obtengan ingre-

tos monetarios. También, resaltaremos con evidencias, el aporte de los varones mayores, quizás en menor medida que las mujeres de ese grupo de edad, a algunas actividades domésticas no remuneradas. Igualmente, se hace importante valorizar la aportación en vivienda que hacen a sus hijos y las respectivas familias de estos, lo cual no sólo asegura el apoyo económico a las PAM para enfrentar gastos en conjunto y la asistencia ante situaciones de discapacidad, como lo señala Saad (2005), sino que resuelve el problema de alojamiento a un segmento poblacional sin suficiente capacidad adquisitiva para acceder al mercado formal de viviendas.³

El resaltar los aportes de las PAM en el enfrentamiento a la pobreza nos permite entender cómo, de las características de vulnerabilidad económica y social de los individuos y/o las familias, pueden emanar estrategias de resistencia frente a esas vulnerabilidades, las cuales se podrían convertir en potencialidades a ser desarrolladas a través de políticas públicas que apoyen estos esfuerzos.

Material y métodos

Características de la Encuesta Nacional de Hogares - ENAHO 2007

Para el análisis cuantitativo del estudio utilizaremos esta encuesta que ha sido diseñada por el Instituto Nacional de Estadística e Informática —INEI— para recoger información de las características económicas de la población en lo concerniente a sus ingresos y gastos. Esta encuesta ha generado indicadores mensuales, que permiten conocer la evolución de la pobreza, del bienestar y de las condiciones de vida de los hogares. La encuesta se realiza en el ámbito nacional, en el área urbana y rural, en los 24 departamentos del país y en la Provincia Constitucional del Callao, en forma continua desde el mes de mayo del 2003. La muestra nacional para el 2007 fue de 13.824 viviendas urbanas. Fueron considerados como urbanos los centros poblados con dos mil y más habitantes.

El estudio cualitativo para analizar la contribución no monetaria

Se elaboró una muestra intencional en 19 hogares en pobreza situados en distritos populares de Lima Metropolitana, con PAM de am-

3 Este proceso de transferencias descendentes de padres a hijos respecto a la vivienda también ocurre en países desarrollados pero en condiciones muy distintas. En estos casos, en vez de cobijarlos en la misma vivienda, se les transfiere dinero para la adquisición de una, tal como lo señala Wolff y Attias-Donfut (2005).

bos sexos, que recoja la diversidad de situaciones. En cada hogar se entrevistó a ambas personas y, a la vez, se intentó entrevistar a una persona adulta (una hija). En este último caso el objetivo fue que corrobore o complemente lo dicho por las personas adultas mayores y para que evalúe desde fuera el aporte de estas a la vida familiar. Se hicieron 45 entrevistas cortas en total: 34 a PAM (16 hombres y 18 mujeres, 22 de ellas a personas de 60 a 69 años y 12 de 70 años y más) y 11 a hijas.⁴

Resultados

Participación económica y aporte económico de las PAM en situación de pobreza en las áreas urbanas. ENAHO 2007

En el Perú, durante el año 2007, el 30% de hogares urbanos tenía al menos una persona de 60 años y más, y en el 26,6% de hogares urbanos en situación de pobreza habitaba al menos una persona adulta mayor. Este acápite pretende dar a conocer con evidencias estadísticas cuál es el aporte monetario real, por diversos conceptos, de las personas adultas mayores a la economía familiar de los hogares urbanos en situación de pobreza, evaluando su importancia.

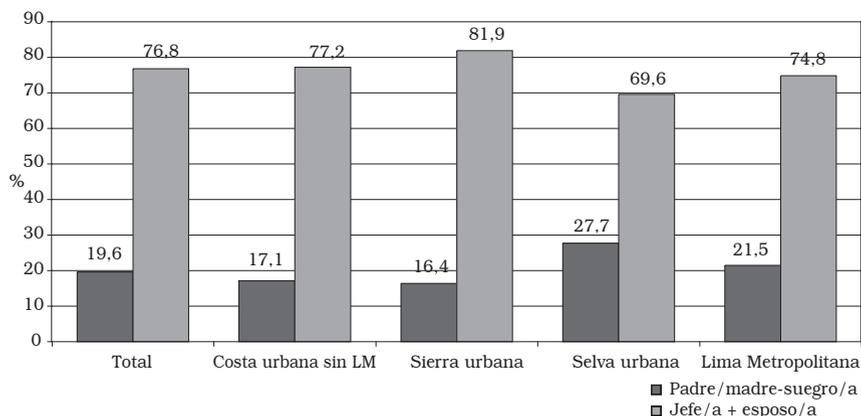
Características de los hogares pobres donde habitan las PAM

- Porcentaje de jefes de hogares PAM respecto al total de hogares donde habitan

Una característica importante de estos hogares es que la mayoría de las PAM son jefes de hogar. Así, el 80,2% y el 33,1% del total de hombres y mujeres de 60 años y más respectivamente es jefe de hogar. Si juntamos la categoría jefe de hogar con la de esposo/a pues ambos son los titulares de la vivienda, y por otro, la de padre, madre, suegro y suegra, como no titulares de la vivienda y más bien en una posición de alojados por los hijos/as, nueras o yernos, estas dos grandes categorías agregadas encierran a la casi totalidad de las PAM. De esta manera, en promedio, más de las tres cuartas partes de PAM son titulares de sus viviendas y menos de la quinta parte están en condición de alojada. Esta situación es similar en todas las grandes regiones (véase gráfico 1).

4 Véase en el anexo metodológico, los criterios de selección de la muestra intencional y de los lugares donde se desarrolló el estudio.

Gráfico 1. Perú, 2007: porcentaje de jefes/as de hogares o esposo/a, y de padre o suegro/a de 60 y más años en los hogares urbanos en situación de pobreza con al menos una persona adulta mayor, según grandes regiones



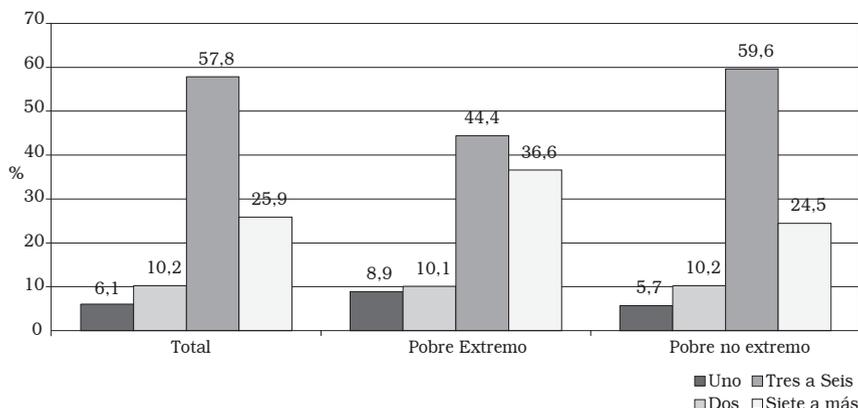
Fuente: elaboración propia con base en ENAHO 2007 anualizada.

- Estructura porcentual de los hogares donde habita una PAM según número de miembros

La característica fundamental de la mayor parte de estos hogares es que son extendidos. Es decir, padres e hijos que conviven con otros parientes de los jefes de hogar. Si tenemos en cuenta que en la inmensa mayoría de estos hogares el adulto mayor es el jefe-esposa/o, la mayor parte de los que aparecen en la categoría hijos/as, yerno, nuera, nieto/a y otros parientes y que conforman el 60,8% del total de integrantes de estos hogares son los hijos e hijas de estas personas adultas mayores quienes conviven en la casa de sus padres con sus cónyuges, hijos e hijas. En el 83,7% de estos hogares hay más de tres miembros y en una cuarta parte de ellos hay siete o más miembros. Esta última característica es más pronunciada en los hogares en pobreza extrema,⁵ lo que impactaría en mayor hacinamiento en sus viviendas (véase gráfico 2).

5 Pobres extremos son quienes tienen ingresos que no alcanzan para adquirir una canasta de alimentos capaz de satisfacer un mínimo de necesidades nutricionales. Pobres no extremos son aquellos que, logrando adquirir la canasta básica de alimentos, sus ingresos no satisfacen un conjunto de necesidades no alimentarias consideradas esenciales (Definición usada por la ENAHO).

Gráfico 2. Perú, 2007: porcentaje de hogares urbanos en situación de pobreza con al menos una persona adulta mayor, según condición de pobreza y número de miembros



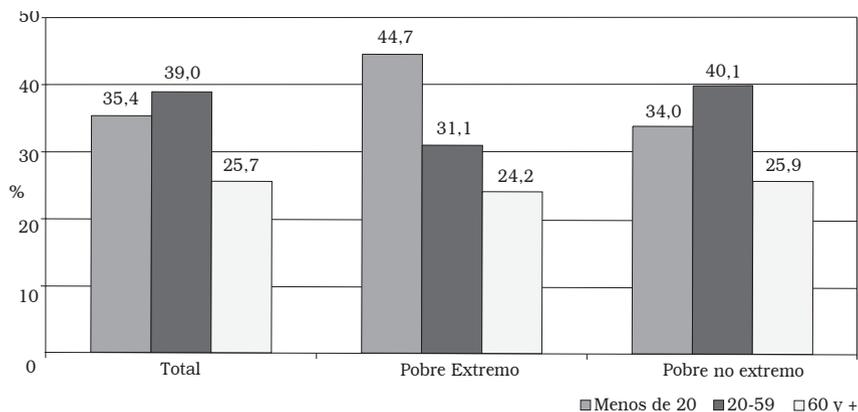
Fuente: elaboración propia con base en ENAHO 2007 anualizada.

- Estructura porcentual de los hogares donde habita una persona adulta mayor según edades de sus miembros

Confirmando, desde otra entrada, la característica de hogares extendidos, los tres grandes grupos de edades que se observan en el gráfico 3 nos estarían mostrando, de manera aproximada, tres generaciones entre los miembros de hogar: los padres personas adultas mayores, sus hijos (incluyendo yerno y nuera) y sus nietos.

Notamos que en la condición de pobreza extrema la proporción de niños y adolescentes es mucho mayor que el promedio nacional, lo que estaría expresando el más alto comportamiento reproductivo de este grupo en las dos décadas anteriores comparado con la fecundidad de los pobres no extremos. Por otro lado, en todos los casos las personas adultas mayores se ubican en alrededor de la cuarta parte del total de miembros de estos hogares en pobreza.

Gráfico 3. Perú, 2007: porcentaje de miembros de los hogares urbanos en situación de pobreza con al menos una persona de 60 años y más, según grandes grupos de edad y condición de pobreza

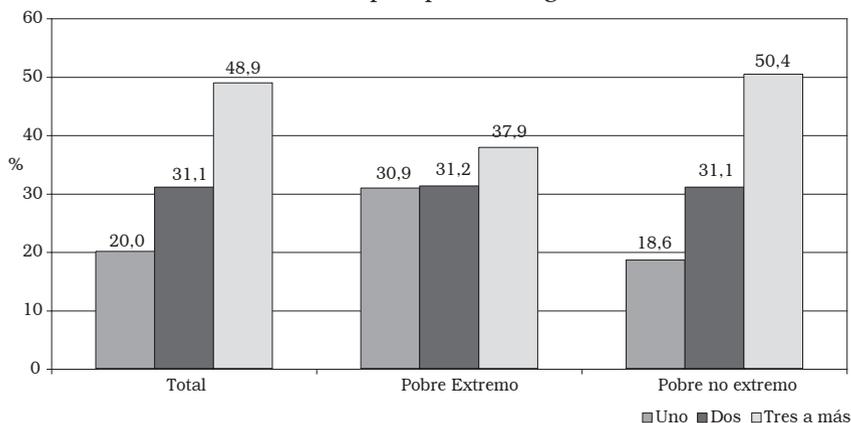


Fuente: elaboración propia con base en ENAHO 2007 anualizada.

- Estructura porcentual de los hogares donde habita una persona adulta mayor según número de proveedores

En casi la mitad de los hogares donde habita una persona adulta mayor hay tres o más perceptores de ingresos y en el 80,0% por lo menos dos. Sin embargo, una de las situaciones que podría estar haciendo la diferencia entre las condiciones de pobreza extrema y no extrema es que el número de proveedores es mayor en este último caso, creando en medio de la pobreza una situación económicamente más ventajosa. De la misma forma, hay una alta proporción de hogares en extrema pobreza con un solo proveedor, comparado con los no pobres extremos, que resulta otra característica económicamente desfavorable para quienes se ubican en extrema pobreza (véase gráfico 4).

Gráfico 4. Perú, 2007: porcentaje de hogares urbanos en situación de pobreza con al menos una persona adulta mayor, según condición de pobreza y número de perceptores de ingresos



Fuente: elaboración propia con base en ENAHO 2007 anualizada.

Características ocupacionales de las PAM en situación de pobreza

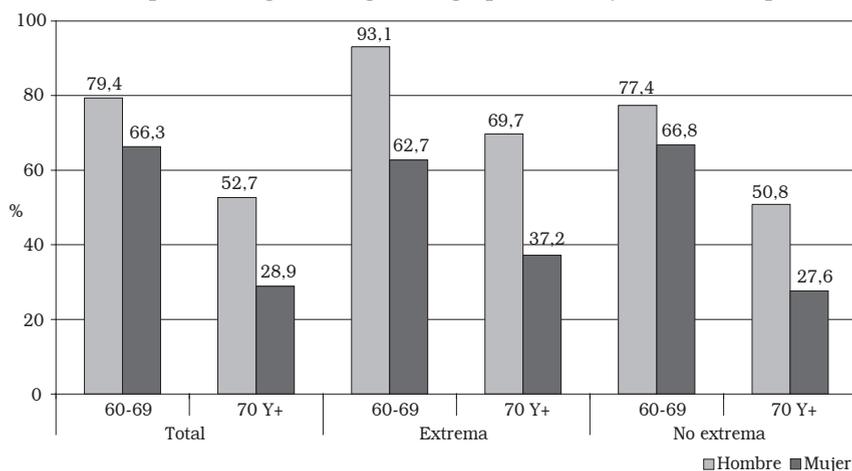
- Tasas de actividad

El 57,3% de las PAM en situación de pobreza forma parte de la población económicamente activa (PEA), es decir, está trabajando o buscando trabajo. Existen diferencias tanto por grupos de edad como por sexo y condición de pobreza. Así, la población activa de 60 a 69 años comprende al 72,1% de este segmento poblacional, es decir la gran mayoría, mientras la tasa de actividad cae a 40,3% para la de 70 y más años.

Si observamos el gráfico 5, notaremos que estas diferencias se dan tanto en hombres como en mujeres, aunque en el caso de estas últimas la caída de un grupo de edad al otro es aún más pronunciada. Las mujeres reducen su participación en actividades económicas de manera más drástica que los hombres cuando alcanzan los 70 años y más. La mayoría de los hombres en situación de pobreza, aun a esa edad, siguen siendo económicamente activos.

Casi todas las personas adultas mayores de 60 a 69 años en extrema pobreza son económicamente activas e igualmente una muy alta proporción de mujeres. Llama la atención cómo incluso casi el 70,0% de hombres de 70 y más años en extrema pobreza sigue siendo activo. Las tasas de actividad son también bastante altas, aunque en menor medida para el caso de las personas adultas mayores cuya condición no es de extrema pobreza.

Gráfico 5. Perú, 2007: tasas de actividad de la población urbana de 60 años y más en situación de pobreza, según sexo, grandes grupos de edad y condición de pobreza



Fuente: elaboración propia con base en ENAHO 2007 anualizada.

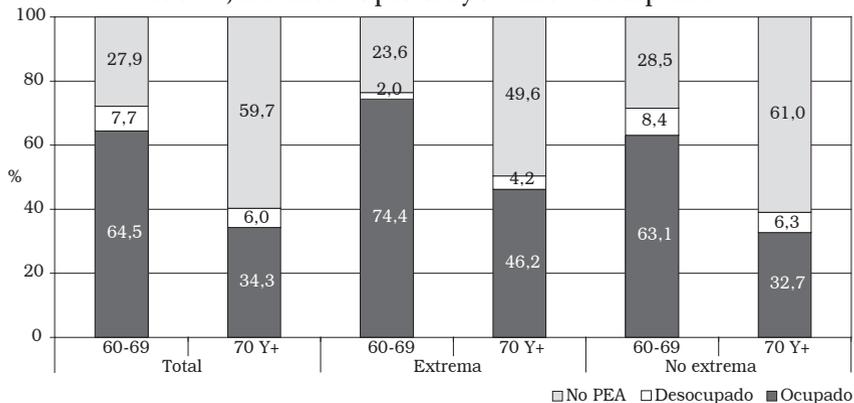
- Tasa de ocupación y de desempleo de las PAM

Las tres cuartas partes de las PAM de 60 a 69 años en situación de pobreza extrema están ocupadas. Las tasas de ocupación de las personas de estas mismas edades en pobreza no extrema también son muy altas.

Estas decaen significativamente a partir de los 70 años, aunque para quienes están en extrema pobreza estas tasas siguen siendo altas (véase gráfico 6).

En cuanto a las diferencias por sexo, resalta el hecho que la casi totalidad de hombres de 60 a 69 años en pobreza extrema esté trabajando e incluso más de las dos terceras partes de hombres de 70 años y más en esta condición de pobreza esté ocupado.

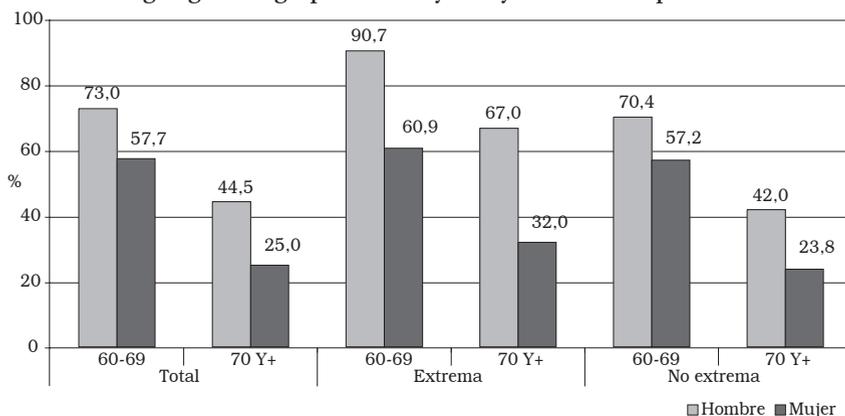
Gráfico 6. Perú, 2007: población urbana de 60 años y más según grandes grupos de edad, condición de pobreza y situación de ocupación



Fuente: elaboración propia con base en ENAHO 2007 anualizada.

En segundo lugar, es alta la proporción de mujeres de 60 a 69 años en pobreza extrema y no extrema que está ocupada, e incluso un tercio de mujeres de 70 años y más en pobreza extrema continúa trabajando. En general, es alta la tasa de ocupación para hombres y mujeres en situación de pobreza de 60 a 69 años de edad y es relativamente alta para los hombres de 70 y más años (véase gráfico 7).

Gráfico 7. Perú, 2007: tasa de ocupación de la población urbana de 60 años y más, según grandes grupos de edad y sexo y condición de pobreza



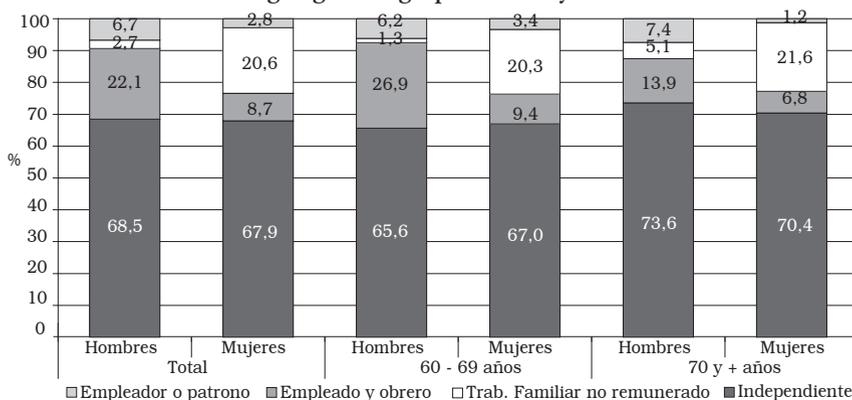
Fuente: elaboración propia con base en ENAHO 2007 anualizada.

- Estructura porcentual por categoría ocupacional

La población adulta mayor que está ocupada en el área urbana, se desempeña principalmente como trabajadora independiente (68,2%) que es 1,7 veces más alta que el promedio nacional en esta categoría (el promedio nacional es de 39,5%, según Censo Nacional de Población 2007).

Las diferencias por sexo con relación a esta característica son mínimas. A partir de los 70 años se incrementa aún más la importancia de esta categoría ocupacional. Hay otras dos que tienen cierta importancia, la de trabajador dependiente (empleado u obrero) para los hombres de 60 a 69 años, y la de trabajador familiar no remunerado para las mujeres de 60 años y más en conjunto (véase gráfico 8).

Gráfico 8. Perú, 2007: estructura porcentual por categoría ocupacional de la población urbana ocupada de 60 años y más en situación de pobreza, según grandes grupos de edad y sexo



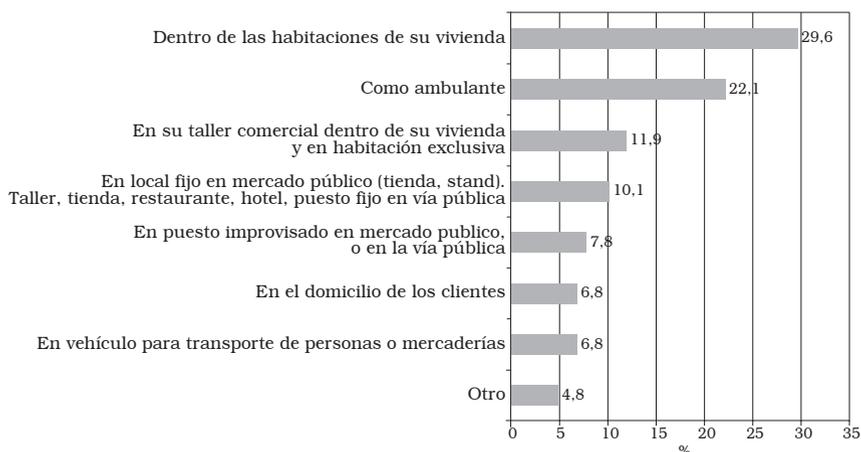
Fuente: elaboración propia con base en ENAHO 2007 anualizada.

- Estructura porcentual del tipo de negocio o actividad para personas adultas mayores con trabajo independiente

El lugar de trabajo que más destaca en el caso de las personas adultas mayores, que están dentro de esta categoría ocupacional, es la propia vivienda, usada tanto para trabajos probablemente de producción artesanal como para actividades comerciales. Entre ambas suman el 41,5% como lugar de trabajo. Le sigue en importancia el trabajo de comercio ambulatorio, que junto con el trabajo en el propio domicilio, perfilan las características mayoritarias de actividad de las personas adultas mayores que pertenecen a la categoría de indepen-

dientes o por cuenta propia. Es decir, que una gran proporción de personas adultas mayores usa parte de su vivienda para generar su propia fuente de trabajo o se lanza a las calles, de manera informal, para vender algún producto (véase gráfico 9).

Gráfico 9. Perú, 2007: población de 60 años y más que trabaja como independiente, en situación de pobreza en área urbana, según lugar donde trabaja



Fuente: elaboración propia con base en ENAHO 2007 anualizada.

Características de los ingresos de las personas adultas mayores

- Niveles de ingresos de las personas adultas mayores en situación de pobreza

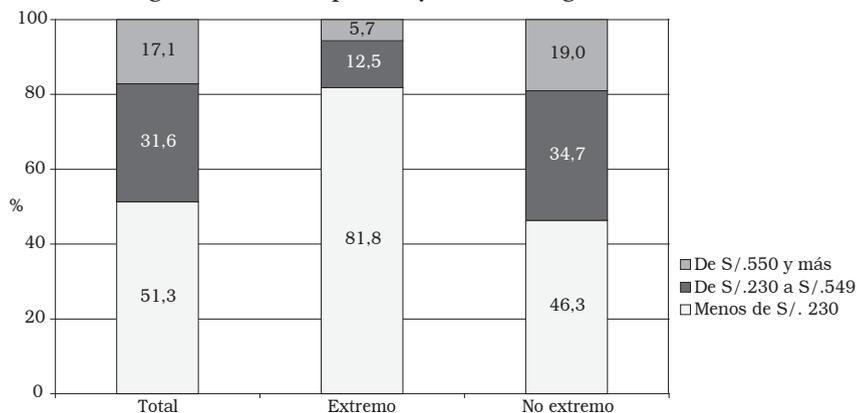
Según la ENAHO, todas las personas adultas mayores reciben ingresos por alguna fuente. Sus niveles de ingreso son, en promedio, muy bajos.

El ingreso que recibe la gran mayoría de ellas no cubre la canasta mínima alimentaria y no alimentaria de 230 nuevos soles,⁶ suponiendo que este ingreso fuese para una sola persona. No obstante, este monto sirve para cubrir los gastos de otros dependientes en el hogar, lo que hace que el ingreso per cápita sea mucho menor. En pobreza extrema, la casi totalidad de ellas no llega a percibir ese monto, y sólo un pequeño porcentaje supera esa cantidad. Mientras que en pobreza no extrema casi la mitad no alcanza a percibir los 230 nuevos soles, y

6 Se ha redondeado la cifra de 229,4 nuevos soles que es la línea de pobreza total y equivale a unos 81 dólares.

el 81,0% no logra superar la remuneración mínima vital de 550 nuevos soles⁷ (véase gráfico 10).

Gráfico 10. Perú, 2007: población urbana en situación de pobreza de 60 años y más, según condición de pobreza y niveles de ingresos mensuales



Fuente: elaboración propia con base en ENAHO 2007 anualizada.

El promedio de los ingresos de los que están en pobreza extrema es el 44,0% de los ingresos de los pobres no extremos y apenas el 16,0% de los ingresos medios de los no pobres. El monto promedio de esos ingresos cubre sólo el 63,0% de la canasta mínima alimentaria y si nos referimos a la mediana estos ingresos apenas significan el 39,0% de dicha canasta. Hay que anotar que la mediana de ingresos de los que están en pobreza no extrema, tampoco cubre la canasta mínima alimentaria (véase tabla 1).

7 La remuneración mínima vital para el año 2007 fue fijada por el gobierno en 550 nuevos soles (equivalente a 193 dólares). Sin embargo, diversos analistas económicos consideraron que esta cifra estaba muy lejos del costo de una canasta básica familiar que ascendería aproximadamente a 1300 nuevos soles (456 dólares).

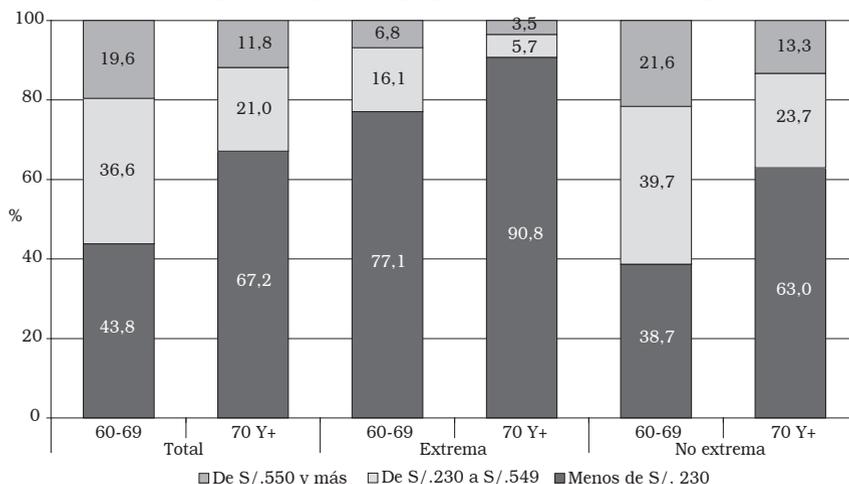
Tabla 1. Perú, 2007: promedio y mediana del ingreso monetario neto mensual de la población urbana de 60 años y más, según situación de pobre extremo, pobre no extremo y no pobre (en nuevos soles)

	Total	Pobre Extremo	Pobre no extremo	No Pobre
Media	822,4	144,4	328,7	916,3
Mediana	490,1	89,4	224,3	551,8

Fuente: INEI. ENAHO 2007.

En el gráfico 11 observamos cómo al interior de los pobres hay mayores diferencias si incorporamos la variable edad. Así, las personas adultas mayores de 70 años y más, en condición de extrema pobreza, son las que tienen menores ingresos, y las que están relativamente mejor son las personas adultas mayores de 60 a 69 años en condición de pobreza no extrema, con un 21,6% de ellos con ingresos superiores a 550 nuevos soles.

Gráfico 11. Perú, 2007: población urbana en situación de pobreza de 60 años y más, según condición de pobreza, grandes grupos de edad y niveles de ingreso mensual



Fuente: elaboración propia con base en ENAHO 2007.

- Estructura porcentual del ingreso de la persona adulta mayor según fuente

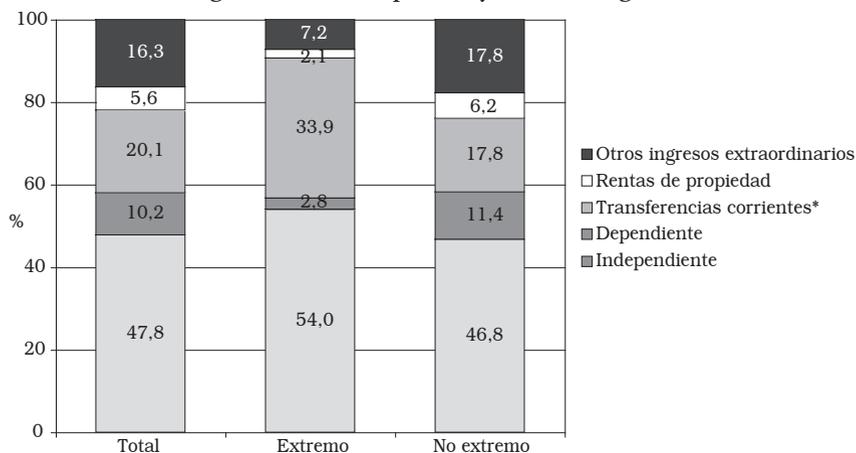
La principal fuente de ingresos de las personas adultas mayores es su propia actividad laboral, que la extienden indefinidamente hasta

que las fuerzas se lo permitan. Así, actividad económica como independiente y en menor medida como dependiente, resulta la principal fuente de ingresos tanto para las que están en situación de pobreza extrema como las que están en condición no extrema.⁸ Es interesante observar que la fuente de ingresos por el rubro «transferencias corrientes» es más importante en los pobres extremos que en los no extremos.

Ciertamente que en este rubro se han agregado diversos conceptos, entre los cuales resalta la pensión de jubilación.

Sin embargo, también están «las remesas de otros hogares y personas» y «otras transferencias de las instituciones públicas o privadas».⁹ Es muy probable que para las que están en pobreza extrema sean más importantes los otros dos conceptos y no la pensión de jubilación, mientras que esta última fuente sí podría ser el mayor componente del rubro «transferencias...» para las que están en pobreza no extrema (véase gráfico 12).

Gráfico 12. Perú, 2007: población urbana de 60 años y más que percibe un ingreso según condición de pobreza y fuente de ingreso



* Comprende pensión de jubilación y otras remesas

Fuente: elaboración propia con base en ENAHO 2007 anualizada

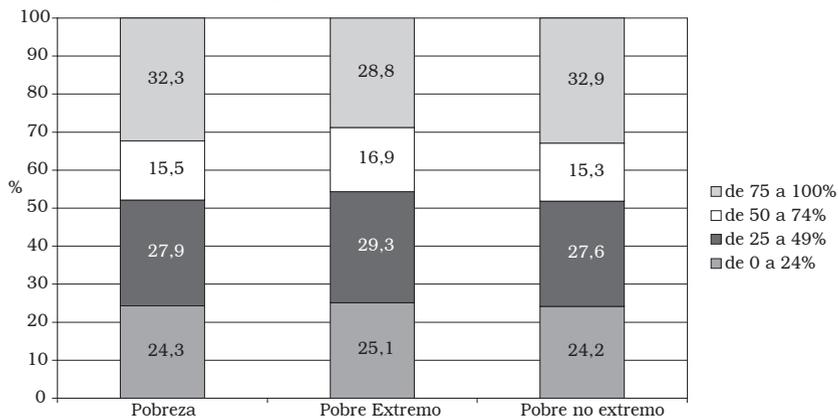
- 8 En cambio, para los no pobres, los ingresos por trabajo dependiente e independiente sólo representan el 41,0%, mientras que «otros ingresos extraordinarios representan el 34,0%, transferencias corrientes el 17,0% y rentas de propiedad el 8,0%.
- 9 Fue necesario juntarlas porque a nivel desagregado existían muy pocos casos en la muestra y el coeficiente de variación era muy alto.

- Porcentaje que representa el ingreso de la persona adulta mayor por todo concepto respecto al ingreso total del hogar

Los ingresos de las personas adultas mayores representan una proporción importante en la economía de los hogares en situación de pobreza.

Así, en el 47,8% de los hogares pobres (15,5% del cuartil 3, más el 32,3% del cuartil 4) los ingresos de las personas adultas mayores representan el 50,0% y más del ingreso del hogar, y en casi un tercio de estos hogares, el ingreso de las personas de 60 años y más constituye el 75,0% y más del ingreso familiar. Estas características varían un poco entre los hogares en extrema pobreza y en no extrema pobreza. En estos últimos hay una mayor proporción de hogares (48,2% frente al 45,7% de los hogares en extrema pobreza) donde los ingresos de las personas adultas mayores representan un 50,0% o más de los ingresos totales, no obstante, en ambos casos la importancia es muy parecida (véase gráfico 13). Sólo estos datos, sin aún considerar los aportes no monetarios a la economía del hogar que veremos en el siguiente apartado, serían fundamentales para desterrar la generalización que se hace de las personas adultas mayores como improductivas y pesadas cargas económicas para las familias viviendo en pobreza. Sin embargo, si volvemos a los gráficos 10 y 11, veremos que los ingresos de las personas adultas mayores son muy bajos por lo que, dada la importancia de sus ingresos en la economía familiar, estos impactan considerablemente en la situación de pobreza en la que se encuentran sus hogares.

Gráfico 13. Perú, 2007: peso porcentual del ingreso de la persona adulta mayor en el ingreso total del hogar, según condición de pobreza y por cuartiles de contribución



Fuente: elaboración propia con base en ENAHO 2007 anualizada

Impacto de la contribución económica no monetaria de las personas adultas mayores a la economía familiar

En el apartado anterior quedó demostrada la alta proporción de personas adultas mayores que estaban insertas en el mercado de trabajo y la gran importancia del aporte económico monetario que ellas ofrecían a la economía familiar de los hogares pobres, en el área urbana. En este capítulo queremos comprobar si la contribución económica de las personas adultas mayores sólo se restringe a lo anterior o hay otras actividades no monetarias en beneficio del conjunto del hogar que pueden contribuir a la economía familiar en condición de pobreza. La ausencia de datos estadísticos que dieran cuenta de estos aportes económicos, no monetarios, nos motivó a realizar un estudio exploratorio de casos usando metodología cualitativa en zonas populares urbanas de Lima Metropolitana.

Características sociodemográficas de las PAM y de los hogares donde habitan

Las PAM entrevistadas llegaron a estos asentamientos populares durante los años sesenta. A excepción de cinco que nacieron en Lima, todas las demás provienen de diversas zonas del país, eminentemente rurales. A excepción de dos, todas son propietarias de sus viviendas.

La mayoría cuenta con muy bajo nivel de escolaridad. De 34 entrevistados, 29 no sobrepasan la educación primaria, siendo esta realidad bastante similar entre hombres y mujeres. A excepción de dos casos, todos los demás tuvieron cuatro o más hijos, incluso en seis hogares las PAM han tenido entre siete y nueve hijos. A medida que sus hijos formaron sus propias familias, fueron subdividiendo la vivienda, tanto construyendo un segundo o tercer piso, o asignando cuartos para cada nuevo hogar, cocinando separadamente respecto al núcleo principal de la vivienda donde habitan las PAM. Se puede distinguir que en la mayoría de los casos en el hogar de las PAM hay hijas madres solteras o separadas que vuelven a la casa de sus padres, y el caso también de algunos hijos solteros, o nietos que son criados por los abuelos.

De los 16 hombres entrevistados, 11 trabajan: nueve porque no tienen pensión de jubilación y dos porque su pensión no les alcanza para vivir. En el caso de las mujeres, de las 18 entrevistadas ocho trabajan, de las cuales sólo una tiene pensión por viudez. Del total de mujeres, sólo dos reciben una pensión de viudez. Mientras que en el único caso en que un hombre no tiene pensión de jubilación y no trabaja es porque tiene una enfermedad crónica degenerativa.

*Contribución monetaria por diversas fuentes de las PAM
e importancia en el presupuesto familiar*

Una de las características más importantes es la existencia de hogares extendidos y de viviendas con varios hogares conformados por sus hijos/as y sus respectivas familias. Esta resulta una estrategia importante para paliar la situación de pobreza permitiendo las transferencias intergeneracionales en ambos sentidos: de padres a hijos, principalmente cubriendo las necesidades de vivienda, y de hijos a padres apoyando para complementar pecuniariamente gastos de alimentación, salud y servicios. En el ámbito urbano popular que hemos estudiado, nos hemos encontrado con diversidad de situaciones en la importancia del aporte monetario de las personas adultas mayores a la economía familiar.

- Hogares en que las PAM son económicamente autosuficientes

En esta situación encontramos dos casos: en el primero la PAM recibe una pensión de 1.600 soles mensuales (561 dólares), inusual para el medio en que viven, que le permitiría cubrir todos sus gastos. No obstante, comparten la vivienda con otros hijos, una hija que forma parte del mismo hogar de sus padres, con su esposo e hijos, y que contribuye con los gastos de la comida, y dos hijos varones que viven independientemente al interior de la vivienda, quienes pagan buena parte de los servicios de toda la casa. Eso le permite a la pareja adulta mayor contar con excedentes para realizar gastos que contribuyen al propio bienestar, como por ejemplo, viajes en forma regular durante el año. En este caso, los hijos si bien trabajan, ninguno tiene empleo estable y, por tanto, el tener vivienda segura constituye un ahorro en sus gastos y una contribución económica importante de sus padres hacia ellos.

En el segundo caso, las PAM tienen una tienda de comestibles muy bien surtida. Viven solas y tienen un solo hijo casado que vive, con su esposa y un hijo, en casa de sus suegros. Ellas siempre han sido autosuficientes para cubrir los gastos del hogar y no reciben transferencia alguna de recursos económicos. Más bien, esporádicamente, deben ayudar económicamente a su hijo con dinero o especies, pues no tiene trabajo estable. En este caso, el hijo recibe apoyo de PAM de ambas familias, en una, apoyo en vivienda y, muy probablemente, en el cuidado de su hijo de parte de la abuela materna, y en otro de sus padres.

- Hogares en los cuales las PAM requieren el apoyo económico complementario de hijos

En este grupo recaen la mayor parte de los casos estudiados (14 de 19 hogares), tanto quienes cuentan con una pensión de jubilación como los que no la tienen y necesitan seguir trabajando. Pues en ambos casos lo que reciben resulta muy poco para afrontar los gastos de alimentación y el pago de servicios públicos (luz, agua, teléfono, impuestos municipales). En todos estos casos, los gastos se reparten: generalmente las PAM asumen los costos del consumo diario de alimentos, y los hijos, tanto los que continúan perteneciendo al hogar paterno como los que habitan otras partes de la casa de manera independiente, aportan en los gastos de servicios.

Dentro de este grupo habría que distinguir aquellos casos en los que los ingresos de las PAM constituyen la proporción más importante de la economía del hogar, y los aportes de los demás son complementarios, de los hogares donde la contribución económica de los hijos tiene el mismo o mayor peso monetario o en especies que el de sus padres. En la primera situación encontramos a tres hogares. De estos tres casos, sólo en uno, el adulto mayor percibe pensión de jubilación. Como el monto que recibe es muy reducido trabaja con su esposa atendiendo una pequeña tienda ubicada en su domicilio. En los demás casos, sólo ella, sólo él o ambos trabajan. El apoyo complementario de los hijos fundamentalmente se focaliza en el pago de una parte de los servicios. Reciben también pequeños aportes monetarios ocasionales de hijos que no viven en la misma vivienda.

En los otros 11 hogares, la contribución de los hijos es tanto o más importante que el aporte económico de las personas adultas mayores. En todos estos casos hombre y/o mujer PAM trabajan, sin embargo, sus ingresos son muy reducidos, siempre muy por debajo de un salario mínimo vital, lo cual no les permitiría responder con los costos de los servicios e incluso de la comida diaria. Entonces reciben el aporte económico (en dinero o en especies) de los hijos que viven con ellos en el hogar y/o en la vivienda y de hijos que viven en otros lugares. En cinco hogares las PAM que poseen un pequeño negocio o trabajo muy precario tienen que darles a sus hijos algo de dinero de lo poco que les ingresa, porque ellos están sin trabajo por temporadas. En estos casos vemos claramente cómo las transferencias intergeneracionales son de un lado y del otro y se configura como una estrategia de supervivencia, no sólo de las personas adultas mayores, sino también de los hijos.

- Hogares en los cuales las personas adultas mayores son mantenidas por los hijos

En tres hogares de los 19 estudiados, las personas adultas mayores son mantenidas casi íntegramente por los hijos. El primer caso es el de un hombre de 78 años y su esposa muy enferma: los únicos no propietarios de la vivienda que habitan. Ellos son allegados de su hija. Hasta hace unos ocho años, él se desempeñaba como artesano, pero actualmente problemas en la visión le impiden realizar ese trabajo. A pesar de eso, por el deseo de colaborar con la hija, él aún acepta esporádicamente algún trabajo que realiza con mucha dificultad. Su esposa está muy enferma y permanece la mayor parte del tiempo en cama.

Los otros dos casos se trata de dos viudas de avanzada edad (82 y 77 años) que son mantenidas por los hijos que viven con ellas. Hay que tener en cuenta que, durante la vejez, más mujeres que hombres se encuentran sin pareja, lo que las coloca en una situación vulnerable, tanto desde el punto de vista económico como social. Dicha vulnerabilidad por la falta de una pareja se observa sobre todo en situación de pobreza, donde la participación de las mujeres ancianas en la vida social y económica ha sido generalmente muy limitada, y su rol social depende, en gran medida, de su situación como hija, esposa o madre a lo largo de su vida (Salgado *et al.*, 2006). Aunque una arrienda parte de su casa, lo que recibe, 80 soles mensuales, no le alcanza para comer ni para el pago de los servicios. El alquiler es un recurso que poseen algunas PAM, para tener algunos recursos propios, aunque estos sean mínimos. Esto sucede también en otros cuatro hogares.

Actividades domésticas no remuneradas realizadas por PAM.

Una aproximación a su valorización

Hemos visto cómo las PAM contribuyen con los hijos otorgándoles una parte de su vivienda para que habiten con sus respectivas familias. Si tuviéramos que valorizar en dinero ese apoyo, considerando los casos en los que alquilan un ambiente a personas ajenas a la familia, veremos que esas rentas oscilan entre los 150 y 250 soles (53 a 88 dólares) aproximadamente: montos que habría que imputar como transferencias de las PAM a hijos e hijas. No obstante, por su impacto indirecto en la economía familiar y específicamente en el presupuesto de los hijos, hay un apoyo mayor, pero que no se ha valorizado porque es un aporte no monetario. Se trata del cuidado de los nietos por parte de la adulta mayor que permite a las hijas y nueras salir a trabajar y percibir ingresos monetarios.

Aporte no monetario a la economía familiar de parte de las adultas mayores

Si bien todas las entrevistadas realizan una serie de quehaceres domésticos, sin pausa en el tiempo, que contribuyen a la reproducción del ámbito familiar y sirven de soporte para quienes trabajan fuera de ese espacio (limpieza de la casa, lavar, planchar, cocinar), el cuidado de los nietos aparece, por su impacto, como la actividad más crucial. A excepción de una, todas las demás cuidan o han cuidado a sus nietos, desde el nacimiento. Esto es válido incluso para nietos provenientes de sus hijos varones, permitiendo que las nueras salgan a trabajar.

Los trabajos de crianza para muchas mujeres de sectores pobres no concluyen con los nietos; incluso una mujer de 82 años actualmente cuida a su bisnieta, como antes cuidó a su nieto, padre de la niña, cuando este era niño, permitiendo de esta manera que la esposa de su nieto pueda salir a trabajar. Para las mujeres, este resulta un proceso continuo de crianza transgeneracional de toda la vida. Si bien la mayoría de las hijas o hijos, a quienes apoyan las adultas mayores con el cuidado de sus hijos, comparten el mismo hogar o la vivienda, también están las/los que viven en otros lugares y se trasladan todas las mañanas a la casa paterna para dejarlos antes de salir a trabajar, o simultáneamente cuidan a nietos que conviven con ella y a los que habitan otras viviendas. De esta manera no sólo contribuyen con la economía del hogar donde habitan sino de otros hogares a la vez. Hay un caso de una adulta mayor que en los últimos dos meses ya no puede atender a sus nietos porque está cuidando a su vez a su madre muy anciana y muy enferma. Así, en las mujeres recae la responsabilidad en el cuidado de personas de diferentes generaciones.

El apoyo de la adulta mayor no sólo se restringe al cuidado de los nietos y a todas las actividades conexas a la crianza (lavar y planchar su ropa, cocinar para ellos), sino que incluso en algunos hogares asumen el costo monetario que esas actividades demandan. Hay un caso en que el nieto ya ha crecido y sin embargo la adulta mayor lo sigue atendiendo, cocinando para él. También hay una situación donde la adulta mayor, que tiene varios nietos a quienes crió desde niños, sigue cuidando indefinidamente, puesto que tiene que atender a una nieta de 21 años que nació con parálisis cerebral. O también, en varios casos, asumen responsabilidades de tutoría en el colegio en representación de sus padres.

En muchos casos, las adultas mayores en condición de pobreza, a su vez trabajan con el objeto de hacerse de un ingreso económico. Por tanto, nada más lejano a la imagen de la abuela dedicada sólo a su casa y que cuida a los nietos. En estas situaciones ellas se las

ingenian para compatibilizar ambas funciones, tal como sucede con una de ellas que vende desayunos en forma ambulatoria en la calle; y otra que se dedica a la agricultura en la sierra.

Indudablemente, estos roles son una contribución enorme a la economía familiar en situación de pobreza, puesto que permite a hijas y nueras percibir un ingreso monetario. Si no fuera de esa forma el coste de oportunidad de quedarse en casa es alto. La otra alternativa sería pagar a una empleada doméstica que hiciera ese trabajo. El problema es que el salario de esta sólo sería un poco menor al que actualmente reciben por su trabajo fuera de casa y el monto del margen no justificaría tal decisión. Sin embargo, hay personas que en ese contexto popular urbano se deciden por esta última alternativa, como los vecinos de una de ellas, quienes la contratan para que cuide a su hijo y le pagan por este servicio 300 nuevos soles mensuales (unos 105 dólares). Este podría ser el costo monetario que habría que imputar al trabajo de crianza y sumarlo a las otras contribuciones monetarias que ellas realizan.

Aporte no monetario a la economía familiar de parte de los varones adultos mayores

A diferencia de las mujeres, cuyas actividades domésticas mantienen una continuidad, para ellos cesar en el trabajo y volcar la mayor parte de sus horas al hogar significa una ruptura con la dinámica anterior. La mayoría busca seguir realizando actividades remuneradas y lo hacen de manera esporádica generando sus propios empleos, usualmente de muy baja productividad y con malas condiciones de trabajo. Varios de ellos continúan buscando ser contratados por empresas e instituciones, de acuerdo a la calificación que adquirieron en sus trabajos anteriores, pero finalmente pocos o ninguno lo logra

En la medida que forzosamente estos hombres permanecen gran parte de su tiempo en casa, siempre intentan mantenerse ocupados. Apoyan en los quehaceres domésticos, en el cuidado de los nietos y esporádicamente en el mantenimiento de la casa (arreglos de cañerías de agua, de electricidad, pintura, etcétera) y en el arreglo de algunos artefactos eléctricos. Esto es así, porque varios tienen experiencia en construcción o se desempeñaron en oficios donde adquirieron esas habilidades. Todo ello debería valorizarse porque es un ahorro. La dificultad reside que resulta más difícil hacerlo, pues estas actividades son esporádicas.

Los hombres adultos mayores, aunque no con la misma responsabilidad que las mujeres, realizan quehaceres domésticos y de cuidado

de los nietos que alivian de alguna forma la carga de sus esposas, combinándolos con largos momentos de descanso. Hay algunos hogares donde ella es la única que mantiene un trabajo remunerado, por ejemplo, vendiendo desayunos en la calle. En este caso, él la ayuda con algunas actividades para ese objetivo.

Por último, está el caso de una PAM de 78 años, quien atiende a la esposa enferma durante buena parte del día, permitiendo de esta manera que su hija salga a trabajar. En otras ocasiones las hijas se ven impedidas de trabajar por atender a sus padres enfermos, pues no tienen la posibilidad de contratar a alguien que les supla en esa actividad, generando mayor precariedad a la economía familiar. Sin embargo, dentro de poco ella se verá enfrentada con una situación similar, pues su padre está muy deteriorado, y tendrá que ser atendido junto a su esposa. Lo más grave es que ninguno cuenta con una pensión de jubilación y un seguro de salud.

Valoración familiar de la participación de las PAM en el bienestar familiar

Todas las hijas entrevistadas reconocen el gran apoyo que reciben de sus madres en la crianza de sus hijos y lo difícil que les resultaría salir a trabajar sin ese apoyo. Ante un panorama económico tan precario, no se imaginan sin el ingreso que obtienen en sus actuales trabajos y, tendrían que buscar la forma de trabajar aun si no existiese la ayuda de sus madres. Otras consideran que ante la falta de ese apoyo se verían obligadas a contratar a alguien para que cuide a los hijos. Sin embargo, podría ser sólo una intención difícil de cumplir, y si se diera la situación, tendría un muy fuerte impacto negativo en su propia economía. Uno de los aspectos muy valorados por las hijas, más allá del impacto económico, es la transmisión de cariño y la formación de los abuelos a sus nietos. Así, la participación de las PAM se convierte en insustituible en el cuidado de los niños, frente a personas extrañas. Varias de las hijas se han mantenido en el hogar paterno porque son madres solteras o separadas. Ellas valoran el significado de la figura paterna del abuelo para sus hijos y los vínculos afectivos que entablan, ante la ausencia del padre biológico. Esto último resulta invaluable en términos monetarios.

Conclusiones

En contextos de pobreza, donde la mayoría de la población en edad de trabajar carece de estabilidad ocupacional y de remuneraciones dignas, el rápido incremento del número de PAM y su presencia en los hogares tiene efectos complejos. Por una parte, al tratarse de una población que no recibe, en su gran mayoría, una pensión de jubilación, o si la recibe esta es muy reducida, y tampoco tiene la posibilidad de acceder al seguro social en una etapa con grandes necesidades de atención de salud, se trasladan estos gastos a los demás miembros del hogar. Esto impacta desfavorablemente en las condiciones de pobreza. Sin embargo, por otra parte, hemos podido comprobar que las transferencias económicas no sólo se dan en dirección a las PAM, sino que las contribuciones económicas que realizan estas hacia los demás miembros del hogar y hacia los hijos en general son tanto o más esenciales que las primeras y constituyen una importante estrategia de sobrevivencia frente a la pobreza.

En primer lugar, en más de las tres cuartas partes de hogares pobres, en el área urbana, las personas adultas mayores son titulares de sus viviendas. En estas, las tres cuartas partes de sus ocupantes son menores de 60 años (hijos/as, yernos/ nueras y los nietos). Esto permite concluir que la población en edad de trabajar, al no poder acceder al mercado inmobiliario, se vale de la vivienda de sus padres resolviendo una necesidad básica. Si se le quisiera imputar algún valor, tendría que estar aproximadamente entre los 150 y 250 soles, que es lo que se paga, dependiendo del tamaño del espacio, en zonas populares de Lima.

En segundo lugar, un rasgo importante de las PAM en situación de pobreza es que un poco más de la mitad de ellas forma parte de la población económicamente activa (PEA), y la mitad es población ocupada. Ciertamente que hay diferencias por edad y sexo. Así, la mayoría de hombres entre 60 y 69 años está ocupada, disminuyendo a menos de la mitad desde los 70 años. Mientras que en las mujeres sólo la cuarta parte está ocupada a partir de los 70 años. Esto tiene implicancias importantes para la economía del hogar. Mientras que el primer grupo es mayoritariamente generador de sus ingresos, el segundo depende económicamente, en su mayoría, de la contribución monetaria de los demás miembros del hogar, salvo algunos jubilados.

En tercer lugar, una gran mayoría de las PAM ocupadas se desempeña de manera independiente, y de ellas una alta proporción desarrolla su trabajo como vendedor ambulante o al interior de su vivienda.

Es decir, el principal rasgo económico es ser generador de su propio empleo. Esto supone también condiciones muy precarias de empleo.

En cuarto lugar, un poco más de la mitad de las PAM no alcanza a percibir como ingresos el costo de la canasta básica lo cual significa un ingreso per cápita aun mucho menor en tanto la mayoría mantiene a dependientes, y quienes están en esa situación de forma mayoritaria son quienes tienen 70 y más años. Es decir, no sólo son los que mayoritariamente ya no trabajan, sino los que reciben menos ingresos, configurando así al sector más vulnerable.

En quinto lugar, a pesar de la precariedad económica, el ingreso de las PAM, en casi la mitad de los hogares donde ellas habitan, representa el 50,0 % y más del ingreso total del hogar. Lo cual hace suponer que en muchos de estos casos la principal proveedora sea la PAM y que transfiera sus recursos monetarios a los demás miembros del hogar.

Por otro lado, el estudio cualitativo nos permitió constatar que los aportes no monetarios de las PAM a la economía familiar tienen un impacto indirecto muy importante. A la contribución que hacen a los hijos facilitándoles la vivienda, se añade la crianza de los nietos por parte de las PAM, especialmente de las mujeres.

En primer lugar, esto permite que las hijas y nueras que cuentan con niños, puedan incorporarse al mercado de trabajo y traer al hogar recursos económicos monetarios, que de otra manera no se percibirían. En segundo lugar, el cuidado de los niños por parte de las PAM tiene un componente adicional que es la relación afectiva con los nietos, la formación humana que ellos les imparten, lo cual no podría ser comparable con lo que le podría brindar una persona contratada. Por tanto, esta asistencia resulta invaluable y es una contribución a la calidad de vida del hogar. En tercer lugar, sin embargo, la crianza de los nietos —que viene enlazada con otros servicios— se hace a costa de un doble o triple esfuerzo, sobre todo para las mujeres. Es decir, se realizan simultáneamente a la atención a las propias actividades domésticas de la unidad familiar, y a sus responsabilidades laborales, porque varias de ellas trabajan por un ingreso monetario. Hay mujeres en esa situación, incluso con edades por encima de los 70 años, quienes deberían estar disfrutando de un merecido descanso. Se trata del ejercicio de roles tradicionales socialmente asignados que sólo acaba cuando ellas están físicamente imposibilitadas o con la muerte. No obstante, en medio de la precariedad económica, esta es una poderosa estrategia de sobrevivencia familiar.

El estudio cualitativo nos lleva a concluir que, por un lado, la mayoría de las PAM en condición de pobreza no podría sobrevivir —o en el mejor de los casos su situación lindaría con la indigencia— sin las transferencias monetarias y en especies que reciben de los hijos. Por otro lado, similar situación ocurriría con los hijos y sus respectivas familias, si no contaran con el apoyo de la vivienda, o con el apoyo monetario o en especies que coyunturalmente les ofrecen las PAM, y lo más importante, sin el apoyo de ellas en el cuidado de los nietos. Así, se comprueba en este estudio, la manera en que las transferencias intergeneracionales circulan en ambos sentidos, con similar importancia, en contextos urbanos pobres.

Por último, este estudio nos permite alertar respecto a la situación de las PAM mayores de 70 años, que en su mayoría no tienen pensión de jubilación ni seguro de salud y que cada vez más se ven físicamente imposibilitadas para seguir trabajando. El peso de su manutención y cuidado cada vez más demandante cuando no puedan valerse por sí mismos, los gastos de salud que se incrementan cuando se acumulan enfermedades crónicas, recaen sobre los hombros de las familias pobres, contribuyendo aún más a hundirlos en la pobreza. La situación de las hijas empeorará, por ser quienes asumen culturalmente el rol de cuidadoras, obligándolas a dejar sus trabajos para dedicarse a cuidarlos o se precarizarán aún más sus condiciones de trabajo. Todas las PAM que aún tienen fuerzas para seguir aportando con la economía del hogar, cada día se acercan de manera inexorable a esta situación.

Las condiciones de vida en contextos de pobreza podrían ser peores si las familias no hubiesen desarrollado estas estrategias de sobrevivencia, entre las cuales la presencia y actividad de las PAM resulta crucial. Este estudio nos muestra que, en medio de la precariedad, se vislumbran potencialidades que es necesario apoyar. Una de ellas es la capacidad de trabajo, la experiencia acumulada y los deseos de trabajar de la inmensa mayoría de las PAM, por lo menos de quienes se ubican entre los 60 y 69 años. Otra es la invaluable e inigualable calidad en la atención a los nietos que merece un reconocimiento tangible, ya no sólo de las familias directamente beneficiadas, sino de la sociedad en su conjunto a través del Estado, porque es un aporte que va más allá del hogar donde habitan. Este estudio comprueba que la imagen de la PAM recluida, inactiva y carga pesada sobre los hombros de las familias pobres es absolutamente incompleta, pues si bien estos casos se dan, la gran mayoría constituye un aporte dinámico para enfrentar en mejores condiciones a la pobreza.

Bibliografía

- Bravo, Jorge y Holz, Mauricio (2010). «La importancia de las transferencias económicas intergeneracionales en Chile», en *Notas de Población*, Santiago de Chile: Celade, n.º 90, pp. 87-109.
- Cavalie Cabrera, Paul (2005). *Empresas transnacionales y empleo juvenil: El caso del capital español en el Perú*, Lima: PLADES.
- Celade (2002). *Los adultos mayores en América Latina. Datos e indicadores*. Boletín Informativo, Santiago de Chile.
- CEPAL (2000). «Caracterización socioeconómica de las condiciones de vida del adulto mayor», en *Panorama social de América Latina, 1999-2000*, Santiago de Chile: CEPAL.
- (2004). «Población, envejecimiento y desarrollo», Trigésimo período de sesiones de la CEPAL, San Juan, Puerto Rico, 28 de junio al 2 de julio de 2004.
- Frisancho, Verónica y Nakasone, Eduardo (2007). «Hoy por ti... ¿mañana por mí? Las transferencias intergeneracionales y su efecto restrictivo sobre el ahorro provisional en el Perú», en *Economía y Sociedad*, Lima: CIES, n.º 65, pp. 55-63.
- Ginn, Jay y Arber, Sara (1996). «Mera conexión. Relaciones de género y envejecimiento», en Arber, Sara y Ginn, Jay, *Relación entre género y envejecimiento. Enfoque sociológico*, Madrid: Narcea, S.A. de Ediciones.
- Loayza, Norman (2008). «Causas y consecuencias de la informalidad en el Perú», en *Revista Estudios Económicos*, Lima: Banco Central de Reserva del Perú, n.º 15, junio, pp. 43-64.
- Morón, Eduardo (2008). «Resolviendo el problema de cobertura en el Perú», Documento de Discusión DD/08/05, Lima: Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico.
- Nué Guerrero, Angélica C. (2001). «Percepciones y autopercepciones de ancianos en Santa Cruz de Andamarca. Asociaciones con actividad y productividad, y salud y muerte en una Comunidad de la sierra de Lima», ponencia presentada en el Simposio: Antropología de la Vejez, del Cuarto Congreso Chileno de Antropología, Santiago de Chile, 19 al 23 de noviembre.
- Ramos Padilla, Miguel Ángel (2005). *La masculinidad en el envejecimiento*, Lima: APDP-UNFPA.
- Rosero-Bixby, Luis y Zuñiga, Paola (2010). «Las transferencias intergeneracionales en Costa Rica», en *Notas de Población*, Santiago de Chile: Celade, n.º 90, pp. 111-132.
- Saad, Paulo M. (2005). «Los adultos mayores en América Latina y el Caribe: Arreglos residenciales y transferencias informales», en *Notas de Población*, Santiago de Chile: Celade, n.º 80, octubre, pp. 127-154.
- Salgado de Snyder, V. Nelly y Wong, Rebeca (2006). «Envejeciendo en la pobreza urbana: conclusiones e implicaciones para la salud de los ancianos», en Salgado de Snyder, V. Nelly y Wong, Rebeca (eds.), *Envejecimiento, pobreza y salud en población urbana. Un estudio en cuatro ciudades de México*, Cuernavaca, Morelos: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Wolff, François-Charles y Attias-Donfut, Claudine (2005). «El impacto de las transferencias intergeneracionales de la vivienda», en *Notas de Población*, Santiago de Chile: Celade, n.º 80, octubre, pp. 195-222.
- Wong, Rebeca (2006). «Envejecimiento en áreas urbanas marginadas de México: Condiciones mixtas de privilegio y desventaja» en Salgado de Snyder, V. Nelly y Wong, Rebeca (eds.), *Envejecimiento, pobreza y salud en población urbana. Un estudio en cuatro ciudades de México*, Cuernavaca, Morelos: Instituto Nacional de Salud Pública.

Anexo metodológico del estudio cualitativo

La muestra fue recogida en los distritos populares de Independencia y Comas, con un alto porcentaje de población pobre, ubicados en la zona norte de Lima Metropolitana. Estos distritos son muy similares a otros con más de cuarenta años de antigüedad, localizados en otras zonas de Lima, y fueron seleccionados porque hay un buen número de PAM, quienes generalmente son migrantes y fueron los fundadores de estos asentamientos.

Se elaboró una muestra intencional por cupos en 25 hogares, con la condición de que cuenten con PAM de ambos sexos. No obstante, en campo, habiendo cubierto 16 hogares, consideramos que habíamos llegado al punto de saturación, pues no se añadía información adicional. Decidimos añadir tres hogares con viudas, pues nos faltaba en la muestra mujeres de 70 años y más. Así la muestra quedó constituida por 19 hogares.

De los 19 hogares, en 15 se entrevistó a mujer y hombre, en tres a mujeres viudas y en un hogar sólo se pudo entrevistar al hombre pues la mujer estaba muy enferma. A la vez, la intención fue entrevistar a otra persona adulta (de preferencia una hija), con el objetivo que corrobore o complemente lo dicho por las PAM y para que evalúe el aporte de estas a la vida familiar. Se hicieron 45 entrevistas en total (34 a PAM y 11 a sus hijas). Con la intención de tener una muestra que recoja la diversidad de situaciones de las PAM en pobreza, y teniendo en cuenta estudios anteriores, desagregamos la muestra de hogares según dos grupos de edad de los hombres (de 60 a 69 años y de 70 y más), pues en ellos, a diferencia de las mujeres, difiere notablemente su presencia en el mercado laboral según esta característica, y a la vez, fue importante distinguir las diferencias en los aportes a la economía familiar según cuentan o no con pensión de jubilación.

En campo nos encontramos con dificultades para encontrar hombres de 70 años y más, con parejas que a la vez tuvieran 70 años y más, pues en la mayoría de casos, las mujeres tenían menos de 70 años. A la vez, cuando buscamos mujeres de 70 años y más, la mayoría era viuda. Por eso mismo tuvimos que incrementar la muestra de mujeres de 70 años y más con tres viudas. Otra dificultad con la que nos enfrentamos fue que habían pocos hombres de 70 años y más, y varios de los que fueron contactados no estaban en condiciones de ser entrevistados por estar enfermos o con alguna discapacidad, por todo lo cual el número de las personas adultas mayores de este grupo

de edad fue menor que el correspondiente al de 60 a 69 años, aunque suficiente para obtener información que nos permita alcanzar los objetivos propuestos. El mapa de entrevistas por estas características quedó formado de esta manera:

Total de entrevistas realizadas a personas adultas mayores según grupos de edades y sexo

<i>Edades</i>	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>	<i>Total</i>
60 -69	10	12	22
70 y +	6	6	12
Total	16	18	34

Por otro lado, también tuvimos dificultades para encontrar los ocho casos de hombres con pensión de jubilación, pues la inmensa mayoría de hombres no contaban con esta característica. En los seis casos encontrados evaluamos que nos proporcionaban suficiente información, puesto que daban cuenta de situaciones bastante similares. El mapa de entrevistas por estas características quedó formado de esta manera:

Total de entrevistas realizadas a hombres adultos mayores según grupos de edades y si reciben o no pensión de jubilación:

<i>Con pensión de jubilación</i>	<i>60-69 años</i>	<i>70 y más años</i>	<i>Total</i>
Sí	3	3	6
No	7	3	10
Total	10	6	16

Por último, una tercera dificultad fue que las hijas de las PAM, de manera habitual, estaban ausentes al momento de visitar el hogar. Generalmente trabajan fuera del hogar de lunes a sábado hasta altas horas de la noche y los domingos no tenían tiempo para recibirnos porque estaban realizando sus quehaceres domésticos o porque salían con sus hijos. Pudimos entrevistar sólo a 11 hijas, cuyas edades oscilan entre los 25 y 50 años. No obstante, en tanto la información que ellas nos proporcionarían era sólo referencial, esta subcobertura no afectó los objetivos a alcanzar en esta investigación.

II. ENVEJECIMIENTO Y SALUD

Mortalidad y morbilidad atendida de personas mayores Medellín (Colombia)

Doris Arango Cardona¹
Enrique Peláez²

Resumen

La situación epidemiológica que se observa en algunos países de América Latina y el Caribe lleva a que las demandas en salud se distribuyan en atenciones a las enfermedades infecciosas junto con las no infecciosas, habitualmente crónicas, muy ligadas a determinados estilos de vida cuyos efectos se evidencian en edades avanzadas. Por eso, conforme envejecen las poblaciones se tienen más personas de edad avanzada que necesitan más atenciones en salud que las personas jóvenes. Es importante señalar que no debe equipararse el envejecimiento con mala salud, discapacidad o enfermedad, ya que buena parte de los mayores no padecen de enfermedades graves durante casi toda su vejez, pero deben ejercer su derecho a la salud como el resto de la población. El estudio de la mortalidad, así como su distribución por causas, sexo y edad es una aproximación a las condiciones de salud de una población. Por eso se plantea el objetivo de analizar las tendencias de las cinco primeras causas de mortalidad de los adultos mayores de la ciudad de Medellín (Colombia), y determinar las primeras causas de morbilidad atendida, utilizando certificados de defunción de 1999-2006 y los registros individuales de prestación de servicios 2002-2006, analizadas con medidas demográficas, estadísticas y epidemiológicas, apoyado por paquetes computacionales especializados.

Palabras clave: mortalidad, morbilidad atendida, adulto mayor, necesidades en salud y derecho a la salud.

Abstract

Mortality and morbidity attended of elderly. Medellín – Colombia

The epidemiological situation is observed in some countries in Latin America and the Caribbean leads to demands for health care are distributed in infectious diseases in conjunction with non-infectious, usually chronic, very attached to certain lifestyles whose effects are evident in old age. So the populations as they age are more elderly who need more health care than younger people. Importantly, aging should not be equated with ill health, disability or illness, as many of the elderly do not suffer from serious illness for most of his old age, but must exercise their right to health as the rest of the population. The study of mortality and its distribution by cause, sex and age is an approximation to the health status of a population. Arises is why the aim of analyzing the trends of the five leading causes of death among adults over the city of Medellín, Colombia, and determine the leading causes of morbidity attended, using death certificates from 1999-2006 and records individual services 2002-2006, analyzed demographic measures, statistics and epidemiology, supported by specialized computer packages.

Keywords: mortality, morbidity attended, senior adult, health needs and right to health.

-
- 1 Universidad CES, Medellín Colombia, doris.cardona@gmail.com; dcardona@ces.edu.co.
 - 2 Fondo de Población de Naciones Unidas, enpelaez@gmail.com; enpelaez@hotmail.com.

Introducción

El creciente envejecimiento poblacional que registran los países impone como reto a los gobiernos e instituciones adoptar medidas conducentes a atender los efectos actuales de este y prepararse para atender las necesidades futuras, con respuestas institucionales, sociales, económicas, políticas y culturales que den respuesta a la complejidad del fenómeno. El mismo cobra importancia para la investigación en diferentes ámbitos y especialmente en salud pública, ya que un cambio en la estructura poblacional con el aumento de personas adultas mayores, incrementa las demandas de intervención para las enfermedades infecciosas simultáneamente con las crónicas degenerativas.

El recurso humano en salud que la humanidad requerirá en el futuro para afrontar el fenómeno del envejecimiento poblacional dependerá básicamente del tamaño y composición de las poblaciones, del riesgo de enfermar de la población, de la demanda de servicios de atención y de la oferta de servicios (Birch *et al.*, 2007). En los países latinoamericanos, esta situación se sumará a otros problemas sin resolver, como la pobreza, la exclusión social y la vulnerabilidad de algunos grupos poblacionales, como las personas mayores (Huenchuan y Guzmán, 2006).

Las condiciones de salud de los adultos mayores plantean un complicado esquema que no sólo se compone de enfermedad y muerte, sino de discapacidad y limitación de actividades de la vida diaria (Peláez, 2005). Por tanto, conforme envejecen las poblaciones no sólo tienen más personas de edad avanzada, sino que estos necesitan más de los servicios de salud; sin embargo, aunque una gran parte de las atenciones en salud son en adultos mayores, no debe equipararse el envejecimiento con la mala salud, ya que buena parte de los adultos mayores no padecen de enfermedades graves durante casi toda su vejez (Cano *et al.*, 2005).

Las condiciones económicas y sociales de los adultos mayores no dependen solamente de los mecanismos que ofrecen los sistemas de seguridad social, estatales o privados, sino del rol que cumple la familia y las relaciones entre sus miembros. Las familias con muchos hijos tradicionalmente eran vistas como una garantía de seguridad para los mayores, tanto en el sustento económico y arreglos residenciales, como para su integración en la sociedad. Sin embargo, el cambio demográfico producirá una enorme transformación en la estructura familiar, que se torna más pequeña, con menos hijos e integrada por varias generaciones simultáneamente (Chackiel, 2000).

Además, las personas mayores no cuentan con programas especiales en salud que les permitan mantener la autonomía funcional,

constituyéndose la vejez en una causa de conculcación de derechos, teniendo poder limitado para hacerlos efectivos (Huenchuan y Morlachetti, 2007). El derecho a la salud y a la protección en salud de los adultos mayores (Organización Panamericana de la Salud, 2008) está contemplado en directrices internacionales (Organización Mundial de la Salud y Nota descriptiva 323, 2007), cuyo punto de partida no es la existencia de personas con necesidades, sino de sujetos con derechos que obligan su cumplimiento al Estado y al resto de la sociedad (Celade/CEPAL, 2006; Huenchuan, 2011).

Desde esta perspectiva se propicia la titularidad de derechos humanos a todos los grupos sociales, sobre la base de la igualdad y del respeto de la dignidad humana, independiente de la edad, género, estado de salud, entre otros (Huenchuan, 2009). Pero no basta con agregar años a la vida sino vida a los años, que con una mayor expectativa de salud y bienestar, por más tiempo requerirá un envejecimiento activo a fin de mejorar la calidad de vida de las personas mayores (Ham Chande, 2001), puesto que fomenta la autoestima y la dignidad de las personas y el ejercicio pleno de todos sus derechos humanos y libertades fundamentales (CEPAL y Naciones Unidas, 2003).

Como lo plantea las Naciones Unidas (Huenchuan, 2009), América Latina y el Caribe envejecen a un ritmo más rápido que los países desarrollados. Asimismo la pobreza y la desigualdad social sigue siendo una deuda social pendiente en los países de la región y se observa una débil respuesta institucional, con sistemas de protección social de baja cobertura y calidad que llevan a mayores exigencias a la institución familiar.

Con el envejecimiento de la población, el aumento de la población adulta —particularmente los jubilados— y el desplazamiento de la carga global de la enfermedad hacia las enfermedades crónicas, el modelo de seguridad social de los países debe garantizar una asistencia coordinada y eficiente. Esto requerirá una nueva orientación de los sistemas de salud que actualmente se organizan alrededor de experiencias de enfermedades graves y episódicas, no adecuados para afrontar las necesidades sanitarias de las poblaciones (Medellín y Secretaría de Salud Municipal, 2003).

Los formuladores de políticas, los médicos, los conciudadanos y hasta las familias conocen limitadamente o descuidan la salud de las personas mayores, generando estigma y maltrato que pueden representar violaciones de sus derechos humanos básicos, como el derecho a la vida, a la integridad personal, a la dignidad, a la privacidad y al goce del grado máximo de salud (Organización Panamericana de la Salud, 2008). El estudio de la mortalidad, así como

su distribución por causas, sexo y edad es una aproximación a las condiciones de salud de una población. Por esta razón se formula el objetivo de analizar las tendencias de las cinco primeras causas de mortalidad de los adultos mayores de la ciudad de Medellín, de 1999-2006 y determinar las primeras causas de morbilidad atendida en los servicios de consulta externa, urgencias y egresos hospitalarios de 2002-2006, con el fin de determinar la demanda y los requerimientos futuros en salud.

Métodos

Se realizó un estudio descriptivo, con enfoque empírico-analítico, teniendo como población de referencia las personas mayores de 65 años que vivían en el municipio de Medellín en el año 2007, estimada en 164.894 personas, equivalentes a un 7,2% de 2.281.785 habitantes, según el Departamento Administrativo de Planeación Municipal, con base en Censo 2005 (Medellín, Departamento Administrativo de Planeación Municipal y Subdirección de Metroinformación, 2007). La población de estudio para mortalidad y morbilidad atendida fue:

- «Mortalidad: se analizaron 48.590 certificados de defunción de adultos mayores fallecidos en los años 1999-2006» (Colombia y Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas, 2005; Medellín y Secretaría de Salud Municipal, 2007a).
- «Morbilidad atendida en consulta externa: se analizaron 1.052.471 registros individuales de prestación de servicios (RIPS) de los adultos mayores, registrados en los años 2002 a 2006» (Medellín y Secretaría de Salud Municipal, 2007b).

Con relación a los datos perdidos, tanto en mortalidad como en morbilidad atendida cuando estos representaban más del 5,0% se agregaron a las categorías «no sabe» o «sin información»; cuando dichos datos representaban menos del 5,0% de los datos, se estimaron mediante el método *missing complet at random* MCAR (utilizando la media). El método supone que los datos que faltan se den por completo al azar y es independiente de las variables observables y parámetros de interés invisible.

Tanto para la afección principal del estado mórbido —considerada como la afección diagnosticada al final del procedimiento de atención de la salud como la causa primaria de la necesidad de tratamiento o investigación, considerada la más importante en términos de significación clínica, procedimientos y recursos utilizados— como para la causa básica de muerte —enfermedad o lesión que inició la cade-

na de acontecimientos, o las circunstancias del accidente o violencia que produjo la lesión fatal— (Organización Panamericana de la Salud, 2002), se tomó la Clasificación Internacional de las Enfermedades, décima revisión (CIE-10) (Organización Mundial de la Salud, 1995) agrupada según la nueva lista OPS 6/67: enfermedades transmisibles, neoplasias (tumores), enfermedades del sistema circulatorio, ciertas afecciones originadas en el período perinatal, causas externas y todas las demás enfermedades, que se subdividen en 67 grupos (Organización Panamericana de la Salud, 1999).

El análisis fue univariado para describir las características de la población objeto de estudio, en la mortalidad y la morbilidad atendida fue apoyado en el cálculo de indicadores demográficos (Hervada *et al.*, 2005) a través del cálculo de frecuencias, porcentajes, tasas globales y específicas, frecuencia en morbilidad atendida por mil habitantes y por cien mil habitantes, sobremortalidad y sobreatenciones.

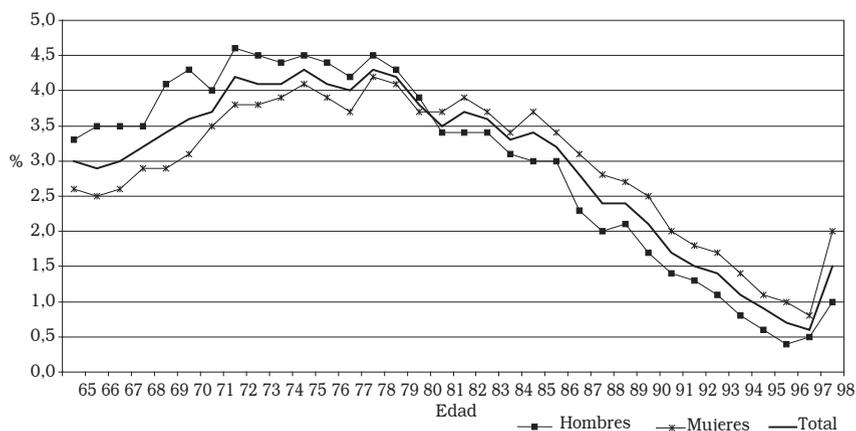
Resultados

Mortalidad, 1999-2006

Las características demográficas analizadas fueron: edad, sexo y causa básica de muerte. La población mayor de 65 años residente en el municipio de Medellín fallecida en el período de estudio se distribuyó entre 54,3% (26.368) defunciones de sexo masculino y 45,7% (22.222) de sexo femenino. La mayor concentración de las defunciones de los adultos mayores se presentó entre los 70 y 80 años y a partir de los 85 años se percibe una disminución en el número de fallecidos.

En los hombres la disminución se inicia a partir de los 83 años y su nivel más alto se registró a los 72 años (4,6%), mientras en las mujeres la disminución se presentó a partir de los 85 años y su máximo nivel se ubicó en los 78 años. La elevación que se insinúa a los 98 años pudiera ser explicada en la muerte de centenarios que no tienen registrada su edad exacta en la base de datos (véase gráfico 1).

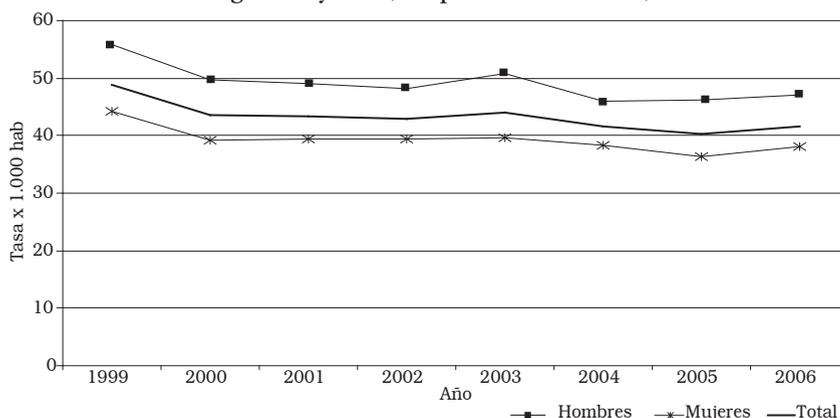
Gráfico 1. Medellín, 1999-2006: distribución porcentual de las defunciones de la población de 65 años y más, según edad y sexo



Fuente: elaboración propia con base en DANE. Certificado de defunción. Medellín, 1999-2003. Medellín, Secretaría de Salud. Certificados de defunción. Medellín, 2004-2006.

La tasa bruta de mortalidad (TBM) de los adultos mayores de la ciudad en el período estudiado fue de 43,3 fallecidos por cada mil personas (‰) de 65 años y más. El año que registró una tasa mayor fue 1999 con 48,9‰ y fue disminuyendo hasta ubicarse en 40,4‰ en el 2005 y para el 2006 ascendió a 41,7‰. Por sexo también mantuvo una tendencia estable pasando de 55,9 defunciones por mil adultos mayores en 1999 a 47 defunciones por mil habitantes con un pico de 50,8‰ en el año 2003, pero sigue siendo estable; en el caso de la población femenina, la tasa bruta de mortalidad fue de 39,5 defunciones por mil adultas mayores de la ciudad, la tendencia observada pasa de 44,2‰ en 1999 a 38,1‰ en el 2006 sin mayores variaciones en su comportamiento (véase gráfico 2).

Gráfico 2. Medellín, 1999-2006: mortalidad de la población de 65 años y más según año y sexo (tasa por 1000 habitantes)



Fuente: elaboración propia con base en DANE. Certificado de defunción. Medellín, 1999-2003. Medellín, Secretaría de Salud. Certificados de defunción. Medellín, 2004-2006.

La tasa bruta de mortalidad mediana (TBM) de la población adulta mayor fue de 43,3 defunciones por cada mil habitantes adultos mayores de la ciudad. La tasa de mortalidad específica por grupos OPS más alta presentada en el período de estudio, correspondió a las agrupadas en las enfermedades del sistema circulatorio con 1598 muertes por cien mil habitantes, seguida por los decesos ocasionados en todas las demás causas y las neoplasias (véase tabla 1).

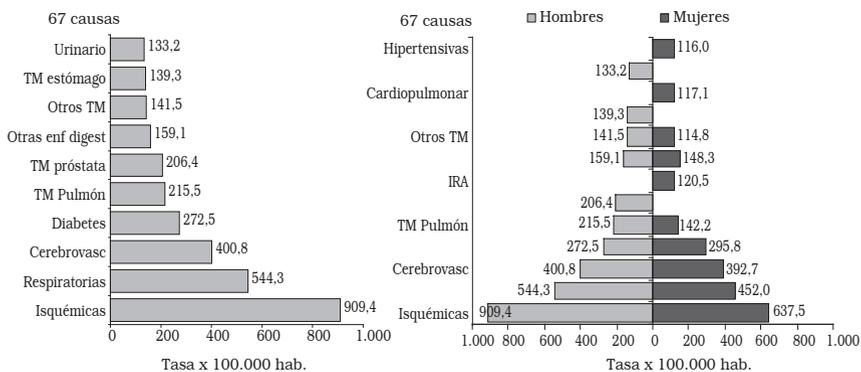
Tabla 1. Medellín, 1999-2006: mortalidad de la población con 65 años y más según cinco grandes grupos de la lista OPS 6/67 (tasa por 100.000 habitantes)

Grupos 6/67 - OPS		N	%	Tasa específica de mortalidad
1.00	Enfermedades transmisibles	2.594	5,3	216,2
2.00	Neoplasias (tumores)	11.134	22,9	1.005,4
3.00	Enfermedades del sistema circulatorio	17.513	36,0	1.597,9
5.00	Causas externas	1.235	2,5	108,3
6.00	Todas las demás causas	15.777	32,5	1.400,5
7.00	Signos, síntomas y afecciones mal definidas	337	0,7	25,2
Total		48.590	100,0	4.332,6

Fuente: elaboración propia con base en DANE. Certificado de defunción. Medellín, 1999-2003. Medellín, Secretaría de Salud. Certificados de defunción. Medellín, 2004-2006.

Por las 67 causas de la lista OPS, entre las diez primeras causas de mortalidad según sexo, las cuatro primeras son compartidas entre hombres y mujeres. Por enfermedades isquémicas del corazón los hombres aportaron 4132 muertos (tasa mediana de mortalidad 909,4 por cien mil habitantes) y las mujeres aportaron 4286 (637,5 por cien mil habitantes); en las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores el sexo masculino aportó 2473 defunciones (544,3 por cien mil habitantes) y la cuota del sexo femenino fue de 3039 defunciones (452 por cien mil habitantes); por las enfermedades cerebrovasculares las defunciones masculinas fueron 1821 (400,8 por cien mil habitantes) y las defunciones femeninas fueron 2640 (392,7 por cien mil habitantes); y por diabetes mellitus se presentaron 1238 defunciones masculinas (272,5 por cien mil habitantes) frente a 1989 defunciones femeninas (295,8 por cien mil habitantes) (véase gráfico 3).

Gráfico 3. Medellín, 1999-2006: diez primeras causas de mortalidad de la población de 65 años y más, según lista OPS 6/67 por sexo (tasa por 100.000 habitantes)

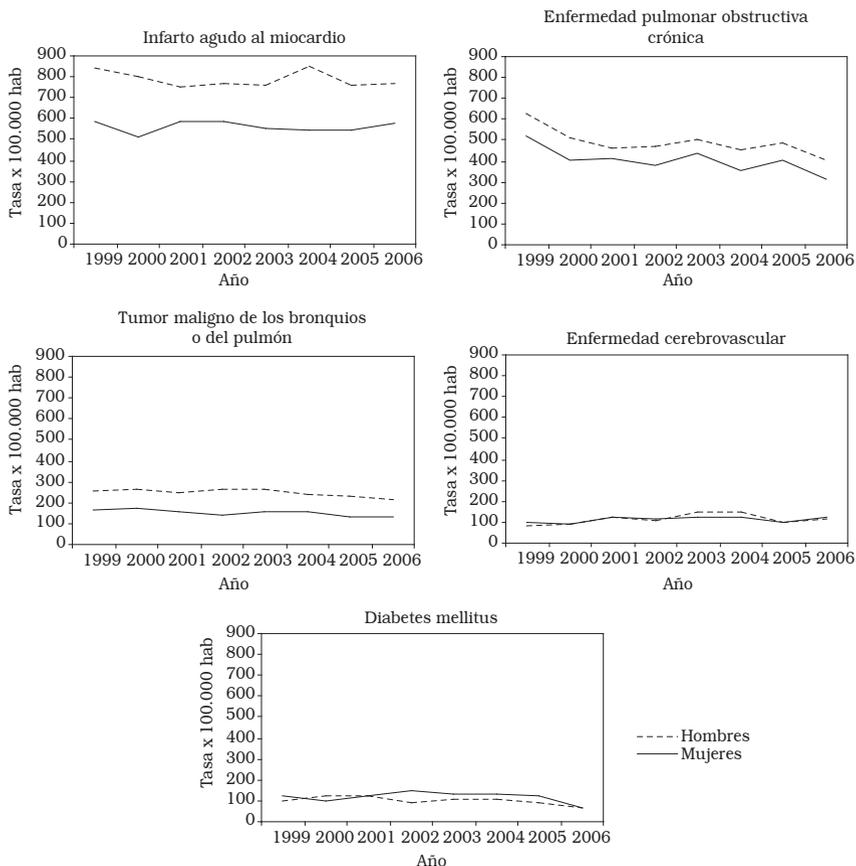


Fuente: elaboración propia con base en DANE. Certificado de defunción. Medellín, 1999-2003. Medellín, Secretaría de Salud. Certificados de defunción. Medellín, 2004-2006.

De las restantes seis causas se comparte, pero en diferente orden, el tumor maligno de la tráquea, bronquios y pulmón, demás enfermedades del sistema digestivo y otras neoplasias; las otras causas se presentan en un solo sexo, como tumor maligno de la próstata, infecciones respiratorias agudas, enfermedades hipertensivas, tumor maligno del estómago, enfermedades del sistema urinario y enfermedad cardiopulmonar, de la circulación pulmonar y otras enfermedades del corazón.

La población de 65 años y más masculina registró un riesgo de 1,5 de fallecer por tumor maligno de la tráquea, bronquios y pulmón; es decir, por cada diez fallecimientos femeninos por cáncer de pulmón se presentaron 15 fallecimientos masculinos por la misma causa; por enfermedades isquémicas del corazón el riesgo fue 1,4, donde por cada diez mujeres fallecidas por esta causa se presentaron 14 defunciones masculinas; las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores y otros tumores malignos registraron un riesgo de 1,2 cada uno. En el comportamiento de la mortalidad por las cinco primeras causas, la población masculina aportó principalmente en las causas: primera (infarto agudo al miocardio), segunda (enfermedad pulmonar obstructiva crónica) y tercera (tumor maligno de los bronquios y del pulmón) en todos los años de estudio, pero el riesgo relativo (RR) de fallecer por esta causa fue de 1,6 (RR=1,6) evidenciando que los hombres adultos mayores tienen un 60,0% más de riesgo que las mujeres adultas mayores de la ciudad de Medellín. En la cuarta causa (enfermedad cerebrovascular) el comportamiento de ambos sexos fue muy similar, mostrando un riesgo parecido para hombres y mujeres (RR=1,1). La población femenina hizo su aporte fundamental en la quinta causa (diabetes mellitus) a partir del año 2000 (véase gráfico 4).

Gráfico 4. Medellín, 1999-2006: cinco primeras causas básicas de muerte de la población de 65 años y más, por sexo según CIE-10 (tasa por 100.000 habitantes)



Fuente: elaboración propia con base en DANE. Certificado de defunción. Medellín, 1999-2003. Medellín, Secretaría de Salud. Certificados de defunción. Medellín, 2004-2006.

Morbilidad atendida en consulta externa, 2002-2006

En el servicio de salud, consulta externa, se analizaron 1.052.471 registros individuales de prestación de servicios de salud, correspondientes a las atenciones en salud de las personas de 65 años y más, en el período 2002-2006; estos registros corresponden al 13,2% del total de atenciones registrados en la ciudad. La frecuencia promedio fue de 1390,3 atenciones por mil personas de 65 años y más; por sexo,

esta medida fue de 1145,4‰ hombres y 1555,8‰ mujeres, todos ellos adultos mayores.

La edad promedio de los adultos mayores atendidos en las instituciones de salud de la ciudad y reportados a la Secretaría de Salud Municipal fue de 75 años, con una desviación de 7,5 años, el 50,0% de las personas atendidas por consulta externa tenían 74 años o menos al momento de la atención, la edad más frecuente fue los 65 años, y el 74,5% tenían entre 65 y 79 años. La frecuencia en atenciones en salud aumentó a medida que se aumentó en edad, en una relación directamente proporcional; también fue evidente el mayor número de atenciones registrado por las mujeres, al presentarse una sobreatención femenina (SAF) de 1,4 indicando que las atenciones en salud registradas por las mujeres sobrepasaron las atenciones en los hombres en un 36,0% y conservándose esta diferencia en todas las edades.

Las cinco primeras causas de atención fueron: hipertensión esencial, dorsalgia, gastritis y duodenitis, los trastornos de acomodación y de relajación, y otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas. Las atenciones en salud causada por la hipertensión esencial registraron una frecuencia de atención de 228,4‰ adultos mayores de la ciudad; vale decir que por cada mil habitantes de 65 años y más, por lo menos 228 consultaron a los profesionales de la salud por problemas relacionados con hipertensión esencial, lo que equivale a decir que uno de cada cinco atenciones en consulta externa por esta afección es suministrada a un adulto mayor de la ciudad; por dorsalgia consultaron 42,2‰; por gastritis y duodenitis consultaron 35,0‰; por trastornos de la acomodación y de la relajación acudieron 27,5‰ y por otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas consultaron 27,2‰.

Las cinco primeras causas representan una cuarta parte del total de atenciones registradas en este grupo de edad (26,0% de las consultas masculinas y 25,2% de las consultas femeninas). La población femenina contribuyó en mayor medida en las cuatro primeras causas mientras la población masculina hizo una mayor contribución en la quinta causa; sin embargo, es más marcada la diferencia en las consultas por gastritis y duodenitis, al registrarse una sobreatención femenina del 88,0%.

El sistema anatómico comprometido, según la clasificación internacional de enfermedades en su décima versión, en las demandas en salud originadas en la consulta externa de los adultos mayores fue el sistema circulatorio, seguido de las afecciones en el sistema respiratorio y en el tejido osteomuscular y del tejido conjuntivo; en cuarto lugar se registraron las enfermedades del sistema digestivo y luego las endócrinas, nutricionales y metabólicas. Es llamativo que los trastornos mentales y del comportamiento sólo hubiesen originado un 2% de las consultas

externas, a sabiendas que la depresión es frecuente en este grupo de edad, originado en la soledad, la pérdida de la familia, el aislamiento, la impotencia y la sensación de vacío que registran las personas adultas mayores (véase tabla 2).

Tabla 2. Medellín, 2002-2006: sistema comprometido en la atención en salud a la población con 65 años y más en el servicio de consulta externa

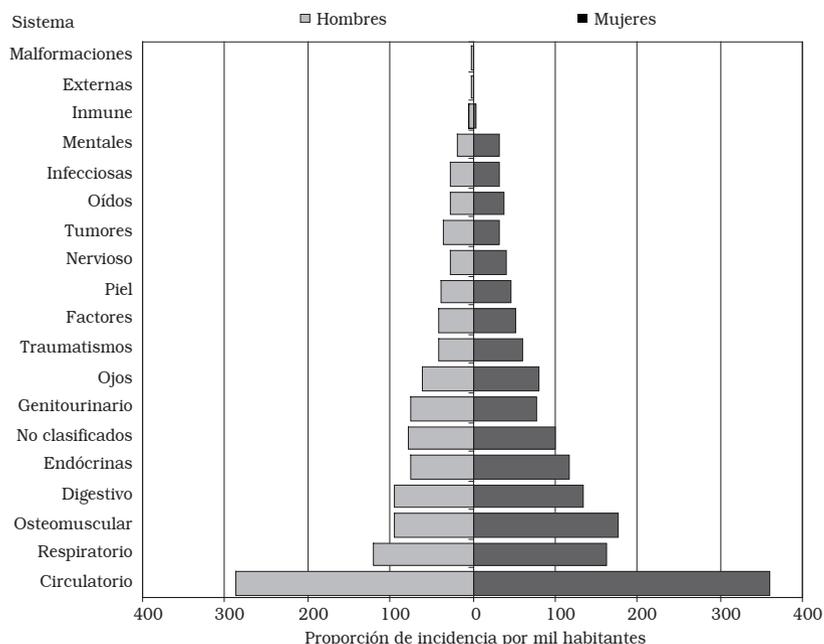
<i>Capítulo</i>	<i>Sistema comprometido</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>Frecuencia por 1000 hab.</i>
IX	Enfermedades del sistema circulatorio	250.710	23,8	331,2
X	Enfermedades del sistema respiratorio	109.537	10,4	144,7
XIII	Enfermedades del tejido osteomuscular y del tejido conjuntivo	108.948	10,4	143,9
XI	Enfermedades del sistema digestivo	89.109	8,5	117,7
IV	Enfermedades endócrinas, nutricionales y metabólicas	76.008	7,2	100,4
XVIII	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos no clasificados en otra parte	69.439	6,6	91,7
XIV	Enfermedades del sistema genitourinario	57.800	5,5	76,4
VII	Enfermedades del ojo y sus anexos	54.778	5,2	72,4
XIX	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas	40.770	3,9	53,9
XXI	Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud	35.831	3,4	47,3
XII	Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	32.943	3,1	43,5
VI	Enfermedades del sistema nervioso	27.035	2,6	35,7
II	Tumores (neoplasias)	26.215	2,5	34,6
VIII	Enfermedades del oído y de la apófisis mastoide	24.508	2,3	32,4
I	Ciertas enfermedades infecciosas parasitarias	22.926	2,2	30,3
V	Trastornos mentales y del comportamiento	20.887	2,0	27,6
III	Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos, y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad	3.469	0,3	4,6
XX	Causas externas de morbilidad y de mortalidad	822	0,1	1,1
XVII	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	736	0,1	1,0
	<i>Total</i>	<i>1.052.471</i>	<i>100,0</i>	<i>1.390,3</i>

Fuente: elaboración propia con base en Medellín, Secretaría de Salud. Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud. Medellín, 2002-2006.

Tanto en la población masculina como en la femenina el sistema circulatorio fue el más comprometido en el período de estudio, con una frecuencia de 287,9 por cada mil hombres adultos mayores y de 360,4 por cada mil mujeres del mismo grupo de edad, por atenciones

en salud relacionadas con enfermedades que afectaron algún órgano del sistema y le siguen las enfermedades del sistema respiratorio con 119,0‰ para los hombres y 162,1‰ para las mujeres. Vale destacar que en todos los grupos estudiados las atenciones en consulta externa femeninas superan las masculinas, con excepción de los tumores malignos, donde la frecuencia se invirtió (véase gráfico 5).

Gráfico 5. Medellín, 2002-2006: sistema anatómico comprometido en la población de 65 años y más, en la consulta externa según sexo (frecuencia por mil habitantes)



Fuente: elaboración propia con base en Medellín, Secretaría de Salud. Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud. Medellín, 2002-2006.

En la población femenina, el primer sistema comprometido con las enfermedades que originaron la atención en consulta externa también fue el sistema respiratorio con una participación del 11,4% y una frecuencia de atención originadas en enfermedades del sistema respiratorio de 102,6 por mil mujeres de la ciudad; luego se ubican las enfermedades del sistema digestivo con 10,3% y una frecuencia de 92 por mil habitantes y las enfermedades del tejido osteomuscular con el 8,2% de participación y 73,7‰ habitantes femeninas. Las afecciones

de menor atención en salud fueron ciertas afecciones originadas en el período perinatal (0,1%) y las causas externas de morbilidad y de mortalidad (0,1%).

Conclusiones

El incremento de adultos mayores en las sociedades actuales plantea nuevos retos a las políticas sociales y públicas para atender las necesidades básicas y las demandas en salud de este grupo de la población. La ausencia del Estado en los sistemas de protección social actual recae sobre los gobiernos y las familias. Para los gobiernos, esta demanda se manifestará en la exigencia de extender la cobertura de los sistemas de seguridad social y de aplicar o ampliar los programas de protección social para los adultos mayores; para las familias, esta demanda se traducirá en transferencia de recursos hacia los adultos mayores que no estén cubiertos por algún sistema de protección social o cuya cobertura sea insuficiente para mantener un nivel de vida satisfactorio, situación obligatoria para la población económicamente activa.

Según el *Informe sobre la salud en el mundo 2008* (OMS, 2009), el fenómeno del envejecimiento pone de relieve la frecuencia cada vez mayor de la multimorbilidad, puesto que el 25,0% de las personas de 65 a 69 años y un 50,0% de las de 80 a 84 años padecen dos o más afecciones crónicas al mismo tiempo. Los países están haciendo esfuerzos por mejorar las prestaciones sanitarias dirigidas a la población adulta mayor. Entre las estrategias implementadas se encuentran el reforzamiento de la atención primaria en salud (Organización Mundial de la Salud, 2009) y la inclusión de prestaciones específicas para la atención de la población de edad avanzada, la asistencia especializada en el régimen ambulatorio, hospitalario y domiciliario, y los servicios farmacéuticos (Huenchuan, 2009).

La brusca caída en las tasas de fecundidad y el mejoramiento en la salud de los adultos que se han observado en América Latina durante los últimos cincuenta años han traído como resultado el hecho de que las personas mayores representen hoy en día un mayor porcentaje de la población total. El proceso de envejecimiento está ocurriendo de manera más rápida en aquellos países en los que se han observado las caídas más fuertes en las tasas de fecundidad: entre el año 2000 y el 2050, el porcentaje de la población con 65 o más años de edad aumentará, por ejemplo, del 10,0% a casi 27,0% en Cuba y del 5,0% al 18,0% en Brasil (Brea, 2003).

El cambio demográfico traerá dificultades para los países pobres y ricos. Dentro de poco, en muchos países industrializados habrá más abuelos que nietos y en los países en desarrollo también están viendo envejecer a sus poblaciones, lo que causa nuevos problemas, principalmente por las exigencias a los sistemas de asistencia pública, que deberán atender simultáneamente a todos los diferentes grupos poblacionales. Para el año 2050, 1.200 millones de los casi 1.500 millones de personas de 65 años de edad en adelante, a nivel mundial, residirán en los países menos desarrollados (Kinsella y Phillips, 2005).

La relación entre transición demográfica y epidemiológica tiene como consecuencia la demanda de los servicios y el derecho a acceder y a disfrutar del más alto nivel de salud posible (Huenchuan, 2009), pero estos cambios no son homogéneos según las condiciones socioeconómicas; los que tienen mejores condiciones tienen un mayor acceso a los servicios básicos, mientras las poblaciones más deprimidas presentan las enfermedades transmisibles como las principales causas de morbilidad y mortalidad, incluso en las edades avanzadas (Ham, 2003). Como resultado, el sistema de salud enfrenta un doble problema: aumento en la incidencia de enfermedades crónico degenerativas y la persistencia de enfermedades transmisibles, que generan nuevos desafíos por la demanda de prestaciones y tratamientos, pero son viejos desafíos por las carencias históricas en materia de equidad de acceso a los servicios de salud (Celade/CEPAL, 2006).

El envejecimiento poblacional plantea la necesidad de mirar este proceso desde dos ámbitos demográficos: los cambios que se suceden en el tamaño, crecimiento y composición de las poblaciones, y las condiciones de salud desde el Estado y la demanda de atención en los servicios de salud (Palloni, Pinto-Aguirre y Peláez, 2002). En los países de América Latina y el Caribe se logrará ganar veinte años de existencia después de los 60 años entre 1950 al 2025 (Palloni, Pinto-Aguirre y Peláez, 2002), pero según la OPS si se desea conservar esta tendencia creciente se deberá incrementar la prevención primaria y secundaria de las enfermedades cardiovasculares que hoy representan veinte veces el riesgo de morir por causas externas, seis veces el de morir por una enfermedad transmisible, tres veces el de morir por cáncer y dos veces el de hacerlo por cualquier otra causa. El 21,0% de los hombres y el 29,0% de las mujeres mayores de hoy tienen menos de probabilidades de morir por enfermedades del sistema circulatorio, en comparación con la década de los ochenta (Loewy, 2004).

En la región se observan cambios en los patrones de consumo y en los hábitos de vida de la población que llevan a una «transición en los riesgos», la cual se manifiesta en un alarmante incremento de algu-

nos factores de riesgo asociados con dietas abundantes en contenido graso, productos de origen animal y con poca fibra, y con inactividad física que contribuye al incremento de la prevalencia de enfermedades, tales como obesidad, diabetes mellitus, hipertensión arterial y cardiopatía isquémica (Menéndez *et al.*, 2005).

En Medellín, la mortalidad y la morbilidad atendida fue principalmente por enfermedades del sistema circulatorio, donde la hipertensión arterial está muy por debajo de la registrada por la encuesta SABE, donde la prevalencia osciló en torno al 48% (morbilidad subjetiva o percibida) (Organización Panamericana de la Salud y División de Promoción y Protección de la Salud, 2005; Celade *et al.*, 2003), pero como dicen Kohler y Soldo (2003), en la morbilidad y mortalidad, las comparaciones de los resultados pueden presentar diferencias, según la validez de los datos, los aspectos culturales, los riesgos de la salud y las expectativas de salud.

Este cambio en el incremento de defunciones por enfermedades no transmisibles y disminución de las infecciosas, origina la polarización epidemiológica (Kohler y Soldo, 2003) y pasará de un 59,0% en el 2002 a un 69,0% en el 2030, principalmente en las enfermedades isquémicas del corazón, cáncer, enfermedades pulmonares y diabetes mellitus, cuyos factores de riesgo son: uso de tabaco, dietas no saludables, sedentarismo y abuso de alcohol (United Nations y Department of Economic and Social Affairs, 2007), sumado al hecho de que los adultos mayores actuales son sobrevivientes de las enfermedades infecciosas durante sus primeros años de vida, principalmente los residentes en países en desarrollo, en comparación con los países desarrollados (Wong *et al.*, 2011).

Los países están haciendo esfuerzos por mejorar las prestaciones sanitarias dirigidas a la población adulta mayor. Entre las estrategias implementadas se encuentran el reforzamiento de la atención primaria en salud (Organización Mundial de la Salud, 2009) y la inclusión de prestaciones específicas para la atención de la población de edad avanzada, la asistencia especializada en el régimen ambulatorio, hospitalario y domiciliario, y los servicios farmacéuticos (Huenchuan, 2009). La atención primaria en salud suele ser el primer punto de contacto de las personas mayores con los servicios de salud y representa el ámbito donde se resuelven los problemas de salud a corto plazo y se maneja la mayoría de los problemas crónicos (Organización Mundial de la Salud, 2009).

Los sistemas de seguridad social funcionan mediante mecanismos de reparto, cuyo financiamiento proviene de las contribuciones que realizan los empleados, empleadores y el gobierno; en Colombia se

da a través de este mecanismo pero también por pensión mínima contributiva y pensión mínima no contributiva (mediante prueba de necesidad) (Suárez y Pescetto, 2005). La población mayor de 65 años que registraba pensiones en el 2000 era del 15.2% a través de una combinación entre el sistema de seguridad social y las cuentas de capitalización individual (Suárez y Pescetto, 2005), pero los mayores restantes no cuentan con un sistema de protección social que les permita satisfacer sus necesidades básicas y de salud durante la vejez, violando el cumplimiento del derecho a la salud (Organización Mundial de la Salud y Nota descriptiva 323, 2007; Organización Panamericana de la Salud, 2009), dejándolos a merced de la caridad.

Ni la seguridad social ni la protección social está garantizada para los adultos mayores en Medellín, dado que las reformas a los sistemas no se complementaron con programas que previeran la situación económica, laboral y social a la que se llega en la vejez, más bien acabaron con el sistema de protección social y transfirieron las necesidades de consumo y de salud a las familias, a los programas asistenciales o a las instituciones de beneficencia (Suárez y Pescetto, 2005).

En conclusión, en la ciudad de Medellín (Colombia), uno de cada tres adultos mayores fallece por enfermedades del sistema circulatorio (infarto agudo al miocardio), del sistema respiratorio (enfermedades pulmonares obstructivas crónicas) o por diabetes mellitus; cerca de la mitad registran morbilidad atendida principalmente por enfermedades del sistema circulatorio (hipertensión esencial), del sistema respiratorio (enfermedades pulmonares obstructivas crónicas) y del sistema osteomuscular (dorsalgia y trastornos de acomodación y de relajación), pero según las reformas en seguridad social implementadas después de 1993, se cambió la protección social al asistencialismo y se transfirieron la atención de las necesidades de salud al adulto mayor, a su familia o a la sociedad, ya que son pocos los programas que les garanticen el derecho a la salud para lograr un envejecimiento digno, funcional e independiente.

Bibliografía

- Birch, S., Kephart, G., Tomblin-Murphy, G., O'Brien-Pallas, L., Alder, R., y MacKenzie, A. (2007). «Health human resources planning and the production of health: development of an extended analytical framework for needsbased health human resources planning», Research Paper n.º 168. A Program for research on social and economic dimensions of an aging population. Ontario, Canadá: SEDAP, en <<http://socserv.mcmaster.ca/sedap/p/sedap168.pdf>>, acceso agosto de 2009.
- Brea, J. (2003). «El envejecimiento de América Latina», Washington: Population Reference Bureau, en: <<http://www.prb.org/SpanishContent/Articles/2003/ElEnvejecimientoDeAmericaLatina.aspx>>, acceso 15 de mayo de 2009.
- Cano, C., Gutiérrez, L., Marín, P., Morales, F., Peláez, M., Rodríguez, L., Vega, E., y Zúñiga, C. (2005). «Propuesta de contenidos mínimos para los programas docentes de pregrado en Medicina Geriátrica en América Latina» en *Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health*, Washington, DC: OPS/OMS, vol. 17, n.º 5-6, pp. 429-437.
- Celade, CEPAL, UNFPA, OPS, OIT, BID, BM y NU (2003). *Las personas mayores en América Latina y el Caribe: diagnóstico sobre la situación y las políticas*, Santiago de Chile: Celade/CEPAL.
- Celade/CEPAL (2006). *La protección social de cara al futuro: acceso, financiamiento y solidaridad*, Santiago de Chile: Celade/CEPAL.
- CEPAL y Naciones Unidas (2003). *Estrategia regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento*, Santiago de Chile: Naciones Unidas/CEPAL.
- Chackiel, J. (2000). «El envejecimiento de la población latinoamericana: ¿hacia una relación de dependencia favorable?», en *Serie Población y Desarrollo*, Santiago de Chile: CEPAL/Celade, vol. 4.
- Colombia y Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (2005). *Certificados de defunción, Medellín 1994-2003*, Bogotá: DANE.
- Ham Chande, R. (2001). «Esperanzas de vida y expectativas de salud en las edades avanzadas», en *Estudios Demográficos y Urbanos* 48, México, D.F: El Colegio de México, vol. 16, n.º 3, pp. 545-560.
- (2003). *El envejecimiento en México: el siguiente reto de la transición demográfica*, México, D.F: El Colegio de la Frontera Norte.
- Hervada, X., Santiago, M., Vázquez, E., Castillo, C., Loyola, E., y Silva, L. (2005). *Programa para análisis epidemiológico de datos tabulados EPIDAT. [3.1]*, España: Dirección Xeral de Saúde Pública, Xunta de Galicia (España), Organización Panamericana de la Salud, Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana (Cuba).
- Huenchuan, S. (2011). «La protección de la salud en el marco de la dinámica demográfica y los derechos», en *Serie Población y Desarrollo*, Santiago de Chile: CEPAL/Celade, n.º 100.
- y Murlachetti, A. (2007). «Derechos sociales y envejecimiento: modalidades y perspectivas de respeto y garantía en América Latina», en *Notas de Población*, Santiago de Chile: CEPAL/Celade, vol. 85, n.º 85, pp. 145-80.
- Huenchuan, S. (ed.) (2009). *Envejecimiento, derechos humanos y políticas públicas*, Santiago de Chile: Naciones Unidas.
- Huenchuan, S. y Guzmán J. M. (2006). «Seguridad económica y pobreza en la vejez: tensiones, expresiones y desafíos para políticas», Reunión de expertos

- sobre población y pobreza en América Latina, Santiago de Chile, Chile, 14 al 15 de noviembre.
- Kinsella, K. y Phillips, D. (2005). «Global aging: the challenge of success», en *Population Bulletin*, Washington, DC: PRB, vol. 60, n.º 1, pp. 1-42.
- Kohler, I. y Soldo, B. (2003). «Cross-national comparability of health and mortality measures -evidence from the Mexican Health and Aging Study (MHAS) and the Health and Retirement Study (HRS)», Paper prepared for the Annual Meeting of the Population of America, Boston, MA, abril.
- Loewy, M. (2004). «La vejez en las Américas», en *Perspectivas de Salud*, Washington, DC: OPS/OMS, vol. 9, n.º 1.
- Medellín, Departamento Administrativo de Planeación Municipal y Subdirección de Metroinformación (2007). *Proyección de Población por género y edades simples. A junio de 2007*, Medellín: El Departamento.
- Medellín y Secretaría de Salud Municipal (2003). *La salud de Medellín en cifras, 1999-2001*. Medellín: La Secretaría.
- (2007a). *Certificados de defunción, Medellín 2004-2006*, Medellín: La Secretaría.
- (2007b). *Registros individuales de prestación de servicios, Medellín 2002-2006*, Medellín: La Secretaría.
- Menéndez, J., Guevara, A., Arcia, N., León, E., Marín, C., y Alfonso, J. (2005). «Enfermedades crónicas y limitación funcional en adultos mayores: estudio comparativo en siete ciudades de América Latina y el Caribe», *Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health*, Washington, DC: OPS/OMS, vol. 17, n.º 5-6, pp. 353-361.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1995). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud: Décima revisión*, Washington, D.C.: OPS/OMS (Publicación científica 554).
- (2009). *Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca*, Ginebra: OMS.
- y Nota descriptiva 323 (2007). *El derecho a la salud*, Ginebra: OMS.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (1999). «Nueva lista 6/67 para la tabulación de datos de mortalidad CIE-10», en *Boletín Epidemiológico*, Washington, DC: OPS/OMS, vol. 20, n.º 3, pp. 4-9.
- (2008). *Derechos humanos y salud: personas mayores*, Washington: OPS/OMS.
- (2002). «De datos básicos a índices compuestos: una revisión del análisis de mortalidad», en *Boletín Epidemiológico*, Washington, DC: OPS/OMS, vol. 23, n.º 4, pp. 1-2.
- y División de Promoción y Protección de la Salud (2005). *Encuesta multicéntrica Salud Bienestar y Envejecimiento (SABE) en América Latina y el Caribe*, Washington, DC: OPS/OMS.
- Palloni, A., Pinto-Aguirre, G., y Peláez, M. (2002). «Demographic and health conditions of ageing in Latin America and the Caribbean», en *International Journal of Epidemiology*, Oxford, Inglaterra: Oxford University, vol. 31, pp. 762-771.
- Peláez, M. (2005). «La construcción de las bases de la buena salud en la vejez: situación en las Américas» en *Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health*, Washington, DC: OPS/OMS, vol. 17, n.º 5-6, pp. 299-302.
- Suárez, R. y Pescetto, C. (2005). «Sistema de protección social para el adulto mayor en América Latina y el Caribe», *Revista Panamericana de Salud Pública/Pan*

- American Journal of Public Health*, Washington, DC: OPS/OMS, vol. 17, n.º 5-6, pp. 419-428.
- United Nations y Department of Economic and Social Affairs (2007). *Development in an ageing world*, Nueva York: Naciones Unidas.
- Wong, R., Gerst, K., Michaels-Obregon, A., y Palloni, A. (2011). *Burden of ageing in developing countries: disability transitions in Mexico compared to the United States*, Texas: University of Texas Medical Branch (working paper).

Indicadores de gastos com serviços médicos no setor de saúde suplementar no Brasil: o caso Sabesprev¹

Mônica Viegas Andrade²

Ana Carolina Maia³

Cristina Guimarães Rodrigues⁴

Resumo

O objetivo deste artigo é construir indicadores de gasto com serviços médicos no setor de saúde suplementar considerando os registros administrativos de uma operadora de autogestão do Estado de São Paulo, no Brasil, para o ano de 2009. Os indicadores de gastos foram discriminados por categoria de serviço (consultas, exames e internação), grupo etário e sexo, e status de sobrevivência (beneficiários que faleceram ou ficaram ativos em 2009). Os resultados mostram que: 1) o gasto médio dos beneficiários que faleceram é cerca de 38 vezes superior ao gasto anual dos indivíduos que permaneceram ativos na carteira; 2) o gasto médio com internações é cerca de 8,5 e 3 vezes superior ao gasto com consultas e exames, respectivamente; 3) mulheres tendem a apresentar um gasto superior ao dos homens em cerca de 1,29 vezes; 4) os gastos hospitalares possuem maior relação com o perfil etário do que consultas e exames.

Palavras-chave: saúde suplementar, indicadores de gastos, serviços de saúde.

Abstract

Indicators of medical services spending in the private health care sector in Brazil: the case Sabesprev

The aim of this paper is to build indicators of medical services spending in the private health care sector, considering the administrative records of a self-management health care provider in the State of São Paulo, Brazil, in 2009. The spending indicators were differentiated according to categories of services (medical appointments, tests and hospital stay), age group, gender and survivorship status (living and decedent beneficiaries in 2009). The results show that: 1) the mean expenditure of the beneficiaries who died was about 38 times higher than the annual spending of individuals who remained active in the portfolio; 2) the mean hospital expenditure was about 8,5 and 3 times higher than that for appointments and annual tests, respectively; 3) women tend to spend about 1,29 times more than men; 4) hospital spending has the strongest relationship with age profile than appointments and tests.

Keywords: private health care, spending indicators, health care services.

-
- 1 Trabalho apresentado no IV Congresso da Associação Latinoamericana de População, realizado em Havana, Cuba, de 16 a 19 de novembro de 2010.
 - 2 Universidade Federal de Minas Gerais, mviegas@cedeplar.ufmg.br.
 - 3 Universidade Federal de Alfenas, anacmaia@cedeplar.ufmg.br.
 - 4 Universidade de São Paulo, guimaraes.cristina@gmail.com.

Introdução

O sistema de saúde brasileiro passou por diversas transformações ao longo da última década nos sistemas público (Sistema Único de Saúde – SUS) e suplementar, no sentido de uma melhor organização do provimento do cuidado em um contexto de transição demográfica e epidemiológica muito rápidas. No SUS, observa-se sobretudo maior ênfase no cuidado primário e na melhoria do acesso (Fernandes *et al.*, 2009). No sistema suplementar, ocorreu a introdução do aparato regulatório com a criação da Agência Nacional de Saúde, o que determinou maior organização e sustentabilidade do setor de planos e seguros privados de saúde. Aliado a essas mudanças institucionais, verifica-se uma maior sistematização das informações de utilização de serviços de saúde e de indicadores de morbimortalidade. Essa maior sistematização reflete a importância que o planejamento e a formulação de políticas para a área de saúde alcançam no Brasil na última década. Apesar dessa importância e do reconhecimento da necessidade de monitoramento da utilização de cuidados com a saúde, ainda são escassos, na literatura empírica brasileira, trabalhos que apresentem indicadores de gasto com serviços de saúde privilegiando as diferenças ao longo do ciclo de vida. Este trabalho vem, de alguma forma, suprir parte dessa lacuna ao propor indicadores de gastos com serviços médicos para o setor de planos privados de saúde no Brasil, discriminando por grupo etário, sexo e tipo de serviço. A estimação desses indicadores é instrumental no desenho de políticas e planejamento da oferta de serviços médicos no longo prazo.

Em relação à dinâmica demográfica, é de notório conhecimento o rápido processo de envelhecimento da população brasileira e aumento da longevidade (Batista Junior e Nogueira, 2002; Carvalho, 2004). No Brasil, atualmente, o grupo de pessoas acima de 60 anos representa cerca de 9,37% da população, um pouco menos do que a média dos países da América Latina, de 10,0% (IBGE, 2008; CEPAL/Celade, 2010). Entretanto, estima-se que, em 2030 e 2050, a população de idosos represente cerca de 17,0% e 25,0%, respectivamente, da população do país. Em toda a região da América Latina, o processo de envelhecimento tem como características uma taxa de crescimento acelerada (de cerca de 2,3% ao ano) e uma demanda intensiva por serviços de saúde (CEPAL/Celade, 2010), com consequências diretas sobre os gastos com serviços de saúde (Goldbaum *et al.*, 2005; Carret, Fassa e Kawachi, 2007).

Além do envelhecimento, outro fator que tem afetado a demanda por serviços de saúde na América Latina e no Caribe refere-se

ao grau de dependência nas idades mais avançadas, em função das condições de saúde, que são piores do que em países desenvolvidos (CEPAL/Celade, 2010). No Brasil, embora o sistema de saúde público seja universal e gratuito, o financiamento e a provisão de serviços são mistos, com o sistema privado atuando paralelamente ao sistema público. O sistema privado oferece todos os tipos de serviços médicos, não sendo, portanto, apenas complementar ao sistema público, como ocorre na maior parte dos países que optam por um sistema misto (Ugá e Porto, 2008).

A opção por um desenho de financiamento misto tem-se tornado cada vez mais presente entre os países. Isso ocorre em decorrência da necessidade cada vez maior de financiamento para a saúde devido às mudanças de longevidade da população, do perfil epidemiológico e da incapacidade do poder público de ofertar todos os bens e serviços de saúde a toda a população (Preker, Scheffler e Basset, 2007). Atualmente, mesmo em sistemas majoritariamente públicos, já é permitida a participação do financiamento privado para grupos específicos de serviços. No Brasil, atualmente, cerca de 25,0% da população têm acesso aos serviços de saúde por meio dos planos de saúde privados, viabilizados principalmente por vínculo trabalhista ou por financiamento direto pelos indivíduos. Nesse contexto, é crucial, para o melhor entendimento da dinâmica do mix público-privado no provimento de serviços de saúde, o conhecimento do comportamento dos gastos e da utilização de serviços no sistema privado de saúde.

O uso mais intensivo de serviços de saúde, principalmente hospitalares, exige um melhor planejamento da demanda de serviços de saúde e, conseqüentemente, dos gastos. No Brasil, apesar da relativa importância do setor de saúde suplementar, ainda são escassos trabalhos que apresentem indicadores de gastos com serviços de saúde para a população coberta por plano de saúde privado e também para a população SUS. O conhecimento desses indicadores é fundamental para a garantia de mecanismos institucionais que permitam o financiamento desses serviços por meio da rede suplementar. As transformações demográficas em curso tornam ainda mais crucial esse tipo de estudo, em função da diversidade de serviços e das novas formas de demanda que surgem no contexto do envelhecimento populacional.

O objetivo deste artigo é construir indicadores de gasto com serviços médicos no setor de saúde suplementar considerando os registros de uma operadora de autogestão para o estado de São Paulo. O trabalho utiliza os registros administrativos da Sabesp — Companhia de Saneamento do Estado de São Paulo — para o ano de 2009. As informações foram organizadas por beneficiário, contemplando todos os procedi-

mentos médicos realizados durante o período de um ano. Os gastos foram desagregados por tipo de serviço, grupos etários quinquenais, sexo e status de sobrevivência dos beneficiários. A desagregação entre beneficiários que sobrevivem e morrem no ano de análise é importante dada a correlação positiva já evidenciada na literatura internacional entre proximidade à morte, uso mais intenso dos serviços médicos e maiores gastos com saúde (Yang, Norton e Stearns, 2003; Seshamani e Gray, 2004; Polder, Barendregt e Oers, 2006; Raitano, 2006; Layte, 2007). No Brasil, praticamente inexistem trabalhos dessa natureza, em virtude da falta de um registro único dos pacientes — na rede pública — o que dificulta o acompanhamento dos mesmos ao longo do tempo.

Este banco de dados inova nesse tipo de análise para o Brasil, pois permite que os pacientes sejam seguidos na carteira, com possibilidade de discriminação do tipo de gasto e da utilização por status de sobrevivência. Este trabalho apresenta contribuição importante, à medida que traz uma gama extensa de indicadores de gasto com serviços de saúde. Apesar de estarmos analisando uma população específica referente ao plano de autogestão do estado de São Paulo, esses indicadores podem servir de referência para outras operadoras, que não mantêm um sistema de informação organizado.

Métodos

A fonte de dados corresponde aos registros administrativos da Sabesp — Companhia de Saneamento do Estado de São Paulo —, a qual oferece, para seus funcionários e dependentes, cobertura de plano de saúde por meio de plano ofertado na forma de autogestão. A Sabesprev — Sabesp Previdência — oferece para seus empregados variados planos que diferem no que concerne à cobertura de serviços, sobretudo, no tipo de hotelaria. Os planos ofertados para os indivíduos ativos são subsidiados pela empresa, e a parcela do prêmio de risco paga pelos empregados é taxada na forma de alíquota sobre os rendimentos. Para os indivíduos inativos, não existe subsídio da empresa e o prêmio é cobrado de acordo com o risco de cada indivíduo. Neste trabalho, apresentamos os parâmetros considerando apenas a população total de beneficiários da Sabesprev sem desagregar por tipo de plano.

Este trabalho utiliza os registros administrativos referentes a todos os procedimentos realizados no ano de 2009. Os registros foram organizados considerando como unidade de análise o conceito de beneficiário-ano, o qual padroniza os indivíduos pelo tempo de perma-

nência na carteira no ano de 2009. A saída da carteira pode ocorrer tanto por óbito ou desligamento devido à demissão quanto por renúncia do plano. Os procedimentos foram classificados em quatro categorias: internação, consultas, exames e outros procedimentos. Todos os procedimentos realizados durante o evento de internação estão contabilizados no procedimento de internação que compreende um valor global despendido no evento. Foram construídos indicadores de gasto médio para cada tipo de serviço médico desagregando por grupo etário quinquenal e sexo. A distribuição dos gastos totais foi analisada considerando a população total e diferenciando a distribuição observada para os indivíduos vivos e os indivíduos que morreram ao longo do ano de 2009.

Resultados

A Carteira de beneficiários da Sabesprev

Em 2009, a Sabesprev apresentou 59.638 beneficiários-ano, sendo praticamente uniforme a distribuição entre os sexos. A população de beneficiários da Sabesprev em 2009 representa cerca de 0,14% da população do Estado de São Paulo — 0,36% do total de beneficiários do Estado com plano de saúde e aproximadamente 5% de todos os beneficiários de planos de autogestão no Estado de São Paulo. Os beneficiários da Sabesprev estão distribuídos em todo o Estado de São Paulo, mas a maior parte (54,0%) reside na Região Metropolitana de São Paulo (RMSP).

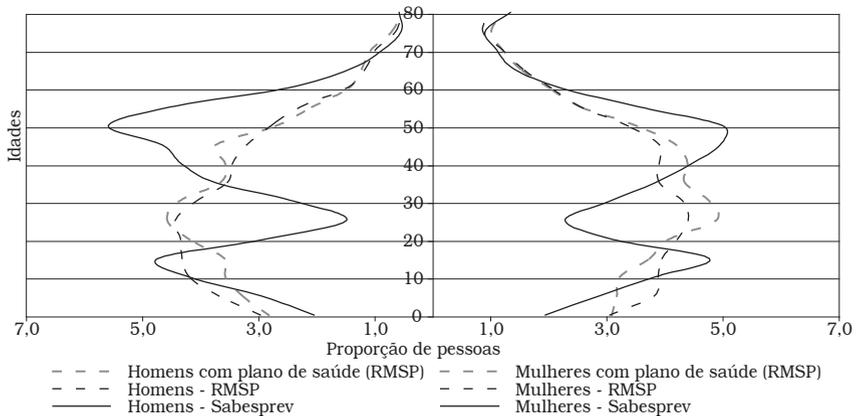
O gráfico 1 apresenta a pirâmide etária dos beneficiários da Sabesprev em 2009, dos beneficiários de planos de saúde da RMSP e da população total na RMSP, para fins de comparação. Verifica-se que a pirâmide etária da Sabesprev apresenta comportamento irregular com base mais larga do que a extremidade superior, evidenciando maior participação da população jovem. Apenas 21,0% dos indivíduos apresentam idade superior a 50 anos, sendo de 37 anos a idade média da carteira total. Essa composição reflete o fato de a maior parte dos beneficiários ser empregado e estar em idade ativa. O grupo etário de 25 a 29 anos é o que apresenta o comportamento menos típico, tendo participação inferior à dos demais grupos etários próximos. Esse perfil, provavelmente, está relacionado ao desligamento de indivíduos na posição de dependente ao terminarem o curso universitário.

A grande diferença entre a composição etária dos beneficiários da Sabesprev e os usuários de planos de saúde e da população total decorre da natureza do financiamento do plano de saúde, que ocor-

re por meio do vínculo de trabalho, determinando necessariamente uma maior proporção de indivíduos em idade ativa nessas carteiras. O plano de saúde se caracteriza como forma de proteção social aos trabalhadores (Bahia e Sheffer, 2008).

Em relação ao sexo, tanto para a carteira da Sabesprev quanto para a população total coberta por plano de saúde, observa-se participação maior de mulheres acima de 75 anos na composição dessas carteiras em relação ao observado para a população total. Embora não seja possível mensurar, essa maior participação pode estar associada a uma longevidade maior das mulheres que possuem plano de saúde em relação à população total, o que as torna mais representativas no conjunto da população, ou pela maior aversão ao risco das mulheres. As estatísticas da média e mediana de idade são bastante similares para os homens e as mulheres (tabela 1).

Gráfico 1. São Paulo, 2008 -2009: pirâmide etária dos beneficiários ativos da Sabesprev, da população beneficiária de planos de saúde e da população total - Sabesprev e Região Metropolitana de São Paulo



Fonte: Sabesprev, 2009 e PNAD, 2008.

No ano de 2009, faleceram 209 beneficiários, o que representa 0,35% da carteira total de beneficiários. A idade média desses beneficiários é de 71 anos, sendo de aproximadamente 72 para as mulheres e 69 para os homens (tabela 1).

Tabela 1. São Paulo, 2009: idade média dos beneficiários da Sabesprev por *status* de sobrevivência e sexo

<i>Estatísticas</i>	<i>Sobreviventes</i>			<i>Mortos</i>		
	<i>Homens</i>	<i>Mulheres</i>	<i>Total</i>	<i>Homens</i>	<i>Mulheres</i>	<i>Total</i>
Média	36,77	37,39	37,09	68,91	72,35	70,82
DP	(20,10)	(20,77)	(20,44)	(15,25)	(17,92)	(16,84)
Mediana	40	39	39	71	75	73
[N]	29.067	30.362	59.429	93	116	209

Fonte: Sabesprev, 2009.

Indicadores de gasto

Nesta seção, são apresentados os indicadores de gasto dos serviços de saúde. Inicialmente, descreve-se a distribuição dos gastos totais na população por meio da função densidade discriminando por sexo. A segunda subseção descreve os gastos totais por idade na perspectiva de analisar o componente de ciclo de vida presente nos gastos com saúde. A terceira subseção descreve os gastos por tipo de serviço, consultas, exames e internações discriminando por sexo.

Densidade do gasto total

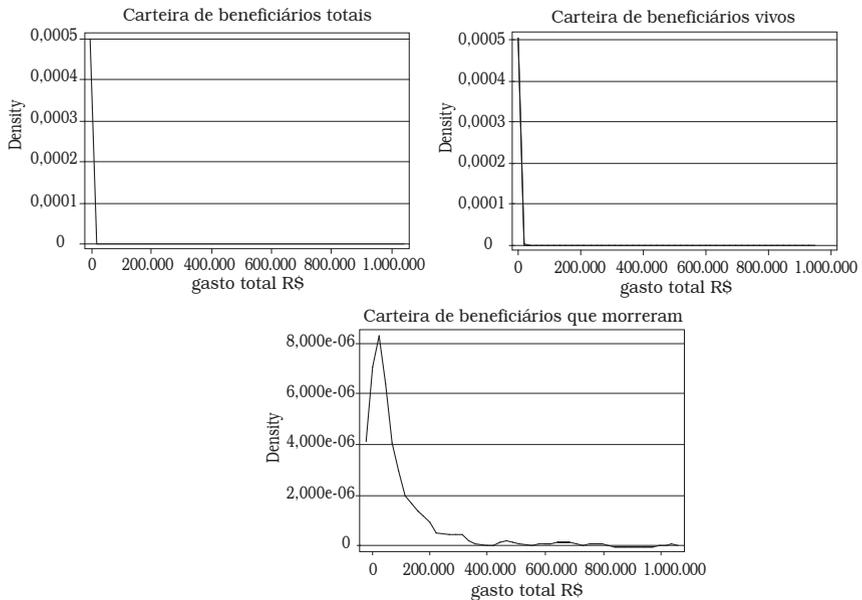
Conhecer a distribuição dos gastos totais com saúde na população é fundamental para a elaboração de políticas públicas. A literatura empírica tem evidências consolidadas sobre o comportamento dessa distribuição que, em geral, apresenta uma massa concentrada no zero e uma cauda muito longa, dado o pequeno número de pessoas com gastos muito elevados (Jones, 2000).

O gráfico 2 apresenta a função densidade dos gastos totais individuais para três carteiras: a carteira de beneficiários-ano totais da Sabesprev, a carteira de beneficiários-ano vivos durante o ano de 2009 e a carteira de beneficiários-ano que morreram durante o ano. Essa distinção é fundamental, uma vez que o gasto antes da morte é bastante elevado. Embora exista uma correlação entre a idade e a morte, a consideração apenas do fator idade pode superestimar as projeções de gastos com saúde. O fato de a população envelhecer não necessariamente implica maiores gastos com saúde; os gastos se elevam se esse envelhecimento levar necessariamente à morte.

As duas primeiras figuras do gráfico 2 apresentam a função densidade dos gastos totais para a carteira total de beneficiários-ano da Sabesprev e de beneficiários vivos, respectivamente. Como pode-se observar, as curvas apresentam massa próxima do zero, uma vez

que a maioria dos indivíduos apresenta gastos totais anuais nulos ou quase nulos e um cauda bem longa, alcançando a cifra de pouco mais de um milhão de reais, que é o valor máximo gasto durante o ano. Essa cauda longa evidencia a presença de poucos indivíduos com gastos bastante elevados. A terceira figura do gráfico 2 mostra a função densidade para a carteira de beneficiários-ano que morreram no ano de 2009. O gráfico mostra que uma parcela bem maior dessa população apresenta gastos positivos, sendo que essa função é bem menos assimétrica do que a densidade observada quando considerados apenas os indivíduos vivos.

Gráfico 2. São Paulo, 2009: função densidade do gasto total com saúde para a carteira de beneficiários totais, carteira de beneficiários vivos e carteira dos beneficiários que morreram - Sabesprev



Fonte: Sabesprev, 2009.

A tabela 2 apresenta as principais estatísticas da distribuição de gastos totais individuais, separadamente para todos os indivíduos e para aqueles que tiveram utilização positiva. O gasto médio para a carteira total de beneficiários-ano é de R\$ 2.492,00 para todos os beneficiários e R\$ 2.775,00 para aqueles que utilizaram algum tipo de

serviço em 2009. Para os beneficiários-ano vivos em 2009, esses valores são R\$ 2.175,53 e R\$ 2.422,15, respectivamente, e, para os beneficiários-ano mortos em 2009, essas cifras alcançam R\$ 86.735,86 e R\$ 92.963,05, respectivamente. Os valores para os percentis mostram quão diferentes são as distribuições de gastos totais para os indivíduos mortos e vivos, mas pouca diferença entre os gastos condicionais e não condicionais à utilização, evidenciando que a maioria dos beneficiários utilizou pelo menos um serviço de saúde ao longo do ano.

Tabela 2. São Paulo, 2009: estatística Descritiva dos Gastos totais individuais para a carteira de beneficiários-ano totais por status de sobrevivência (R\$ de 2009) - Sabesprev

<i>Gastos Totais Individuais (R\$ de 2009)</i>	<i>Não condicional à utilização</i>			<i>Condicional à utilização</i>		
	<i>Vivos</i>	<i>Mortos</i>	<i>Totais</i>	<i>Vivos</i>	<i>Mortos</i>	<i>Totais</i>
Total						
Média	2.175,53	86.735,86	2.492,81	2.422,15	92.963,05	2.775,00
Desvio-padrão	12.674,14	144.525,20	16.271,44	13.350,93	147.692,20	17.144,94
Mínimo	0	0	0	0,2	33	0,2
Máximo	944.702,00	1.037.745,00	1.037.745,00	944.702,00	1.037.745	1.037.745
Percentis						
25%	132,65	5.710,64	133,25	212,74	9.815,10	213,44
50%	470,7	40.202,36	473,37	575,72	42.476,66	579,2
75%	1.305,36	102.097,70	1.318,28	1.477,98	109.310,20	1.494,63
99%	28.872,58	709.035,40	34.356,14	31.710,45	781.457,90	38.676,68
[N]	59.429	209	59.638	52.321	195	52.516

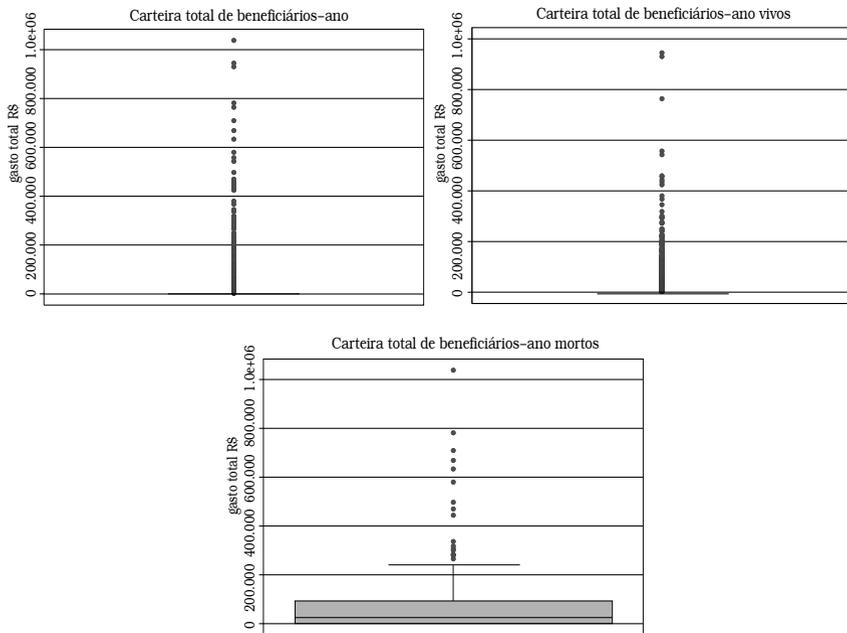
Fonte: Sabesprev, 2009.

O gráfico 3 mostra a distribuição box-plot dos gastos totais individuais para os três grupos analisados. A caixa contém todas as observações, que estão acima do primeiro quartil até o terceiro quartil. Além da representação dos quartis da distribuição, o box-plot permite a visualização da presença de outliers, observações com valores bem distantes dos valores que estão representados dentro da caixa. Nesse diagrama, são considerados outliers, ou valores extremos, as observações que apresentarem valores três vezes maiores do que o valor definido pelo intervalo entre os limites do primeiro e do terceiro quartis.

Para as duas primeiras figuras, que representam os gastos totais individuais para os beneficiários-ano vivos, existe um número muito grande de outliers, uma vez que a maior parte dos indivíduos apresenta gastos médios anuais nulos ou próximos de zero. A figura referente aos beneficiários-ano mortos em 2009 já apresenta um desenho dife-

rente. Nesse gráfico, é possível visualizar a caixa que contém 50,0% das observações, que se situam entre o primeiro e o terceiro quartil, assim como os outliers que, nesse caso, são os indivíduos com gastos anuais acima de R\$ 200.000,00.

Gráfico 3. São Paulo, 2009: *Box-Plot* dos gastos totais individuais anuais com saúde na carteira total de beneficiários-ano, carteira de beneficiários-ano vivos e carteira de beneficiários-ano mortos (R\$ de 2009) - Sabesprev



Fonte: Sabesprev, 2009.

A tabela 3 apresenta a estatística descritiva dos gastos totais individuais anuais para a carteira total de beneficiários-ano discriminando por sexo. Da mesma forma como foi feito na tabela 2, desagregamos a análise para todos os indivíduos da carteira (não condicional à utilização) e somente para aqueles beneficiários que utilizaram pelo menos um serviço de saúde (condicional à utilização). Os valores médios sugerem gastos mais elevados para mulheres em comparação aos homens. Vale mencionar que esses valores mais elevados são observados ao longo de toda a distribuição e não apenas para a média.

Em todos os percentis da distribuição, os valores observados para as mulheres são superiores aos observados para os homens. Cabe mencionar, porém, a presença de um homem com gastos anuais bem elevados, alcançando a cifra de R\$ 1.000.000.

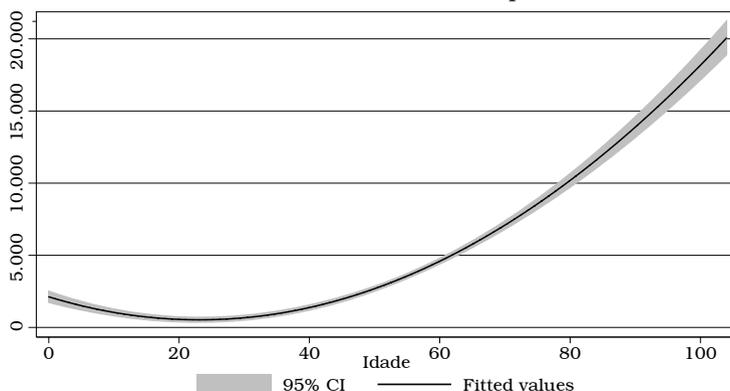
Tabela 3. São Paulo, 2009: estatística descritiva dos gastos totais da carteira de beneficiários-ano por sexo, Sabesprev

<i>Gastos Totais Individuais (R\$ de 2009)</i>	<i>Não condicional à utilização</i>			<i>Condicional à utilização</i>		
	<i>Homens</i>	<i>Mulheres</i>	<i>Total</i>	<i>Homens</i>	<i>Mulheres</i>	<i>Total</i>
Total						
Média	2.256,55	2.719,88	2.492,81	2.552,72	2.982,05	2.775,00
Desvio-padrão	16.683,39	15.862,39	16.271,44	17.723,26	16.585,77	17.144,94
Mínimo	0	0	0	0,2	1	0,2
Máximo	1.037.745	929.933,60	1.037.745	1.037.745	929.933,60	929.933,60
Percentis						
1%	0	0	0	26	30,8	27,53
5%	0	0	0	38,5	55,5	45
10%	0	33	0	70,51	101,66	82
25%	101,62	179,53	133,25	171,1	268,88	213,44
50%	370,47	596,53	473,37	467,36	706,1	579,2
75%	1.041,02	1.595,84	1.318,28	1.208,03	1.761,52	1.492,63
90%	2.753,39	4.143,20	3.467,22	3.144,28	4.513,86	3.900,87
95%	6.188,85	8.194,80	7.358,66	7.175,91	8.847,93	8.133,81
99%	33.785,50	34.733,07	34.356,14	38.201,51	39.111,25	38.676,68
[N]	29.160	30.478	59.638	25.247	27.269	52.516

Fonte: Sabesprev, 2009. Gastos totais por idade

Esta seção apresenta os gastos totais individuais médios segundo os grupos etários quinquenais. O gráfico 4 apresenta a curva suavizada para os gastos totais individuais médios por grupo etário quinquenal, construída com intervalo de confiança de 5,0%.

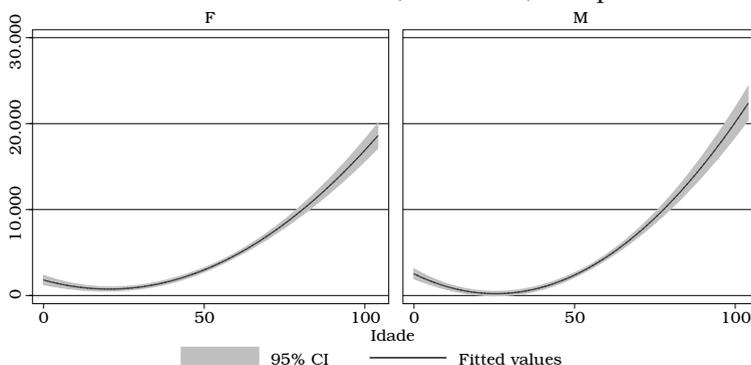
Gráfico 4. São Paulo, 2009: gasto total médio por grupo etário para a carteira de beneficiários-ano totais, Sabesprev



Fonte: Sabesprev, 2009.

O formato da curva evidencia gastos crescentes com a idade, sendo que a taxa de crescimento aumenta de forma importante após os 50 anos. Verifica-se também gastos um pouco mais elevados para o grupo etário de 0 a 5 anos quando comparado aos grupos etários subsequentes. O gráfico 5 diferencia a curva por sexo. A curva de gastos dos homens aumenta de forma mais importante em idades mais jovens (30 anos), e os gastos totais médios para os grupos etários mais idosos são mais elevados do que os observados para as mulheres.

Gráfico 5. São Paulo, 2009: gasto total médio por grupo etário e sexo para a carteira de beneficiários-ano totais, R\$ de 2009, Sabesprev



Fonte: Sabesprev, 2009.

Gasto por tipo de serviço

Esta seção descreve o gasto médio por tipo de serviço. A utilização dos serviços de saúde, geradora do gasto com serviços médicos, é resultado de duas decisões: a decisão de utilizar/gastar o serviço e a decisão de quanto utilizar/quanto gastar. Para analisar os gastos com serviços de saúde, nesta seção, supomos que cada tipo de serviço médico considerado é resultado de uma escolha independente. A seção está organizada em duas partes: na primeira parte, apresentamos o gasto médio com cada tipo de serviço; em seguida, desagregamos esse gasto na probabilidade de utilização dos serviços médicos e no gasto médio condicionado à decisão de utilizar/gastar com o serviço médico.

A tabela 4 apresenta a distribuição dos gastos por tipo de serviço e sexo. O principal componente dos gastos são os serviços hospitalares, que absorvem cerca de 55,0% dos gastos totais, sendo que este percentual é mais elevado para os homens do que para as mulheres.

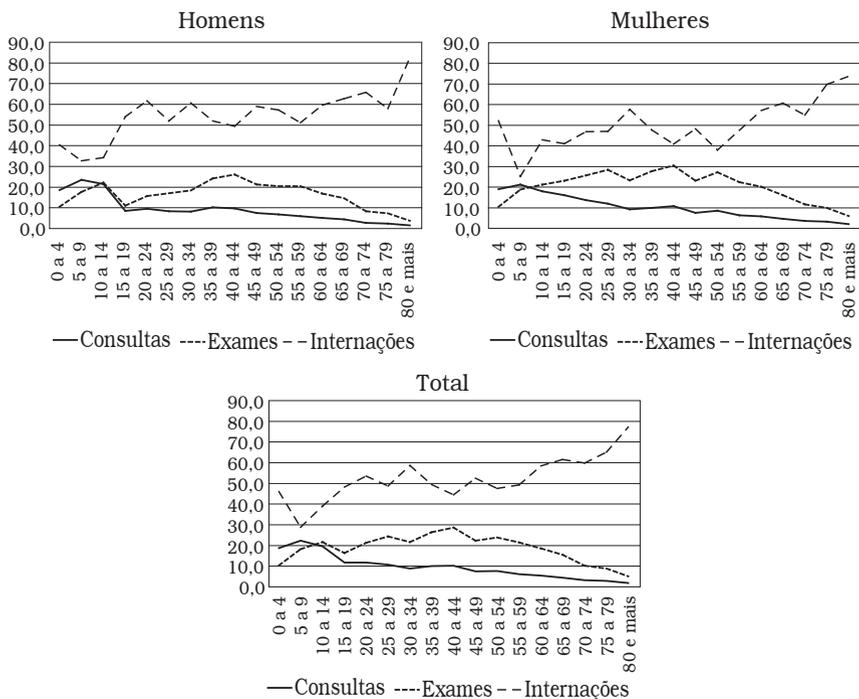
Tabela 4. São Paulo, 2009: gasto total e distribuição proporcional por tipo de serviço e sexo - Sabesprev

Tipo de gasto	Homens		Mulheres		Total	
	Valor (em R\$)	%	Valor (em R\$)	%	Valor (em R\$)	%
Consulta	3.844.448,40	6,13	5.448.064,37	6,88	9.292.512,77	6,55
Exame	9.665.166,66	15,40	15.057.518,55	19,02	24.722.685,21	17,42
Internação	36.321.329,48	57,87	41.323.343,87	52,19	77.644.673,35	54,70
Outros	12.935.468,12	20,61	17.350.061,16	21,91	30.285.529,28	21,34
Total	62.766.412,58	100,00	79.178.987,96	100,00	141.945.400,54	100,00

Fonte: Sabesprev, 2009.

A gráfico 6 apresenta a distribuição do gasto por tipo de serviço em cada grupo etário e sexo. Para todos os grupos etários, o componente mais importante é o hospitalar, mas essa importância aumenta significativamente ao longo do ciclo de vida. Nos anos iniciais de vida, os gastos com consultas e exames chegam a 30,0% dos gastos com saúde, e nos grupos etários acima de 70 anos, essa participação é quase nula haja vista a importância dos gastos hospitalares. Esse perfil é bem similar entre os homens e as mulheres.

Gráfico 6. São Paulo, 2009: distribuição do Gasto por tipo de serviço em cada grupo etário e sexo - Sabesprev



Nota: soma 100,0% por tipo de serviço para cada grupo etário separadamente.
Fonte: Sabesprev, 2009.

Gasto médio anual por tipo de serviço

A tabela 5 apresenta o gasto médio anual, em reais, do ano de 2009 por tipo de serviço médico discriminado por sexo. Os valores entre parênteses se referem aos desvios-padrões. Em média, anualmente, os indivíduos gastam cerca de R\$ 2.500,00 com serviços médicos, sendo as consultas o tipo de serviço que apresenta o menor gasto médio anual, seguido dos exames. As internações apresentam a maior média e variância bastante elevada, o que é resultado da natureza heterogênea desse tipo de serviço. O gasto com consultas médicas se situa entre R\$140,00 e R\$ 190,00 anuais, com exame no patamar de R\$ 430,00 e as internações apresentando valor médio próximo de R\$1.400,00.

Tabela 5. São Paulo, 2009: gasto médio anual por tipo de serviço médico segundo sexo (R\$ de 2009) - Sabesprev

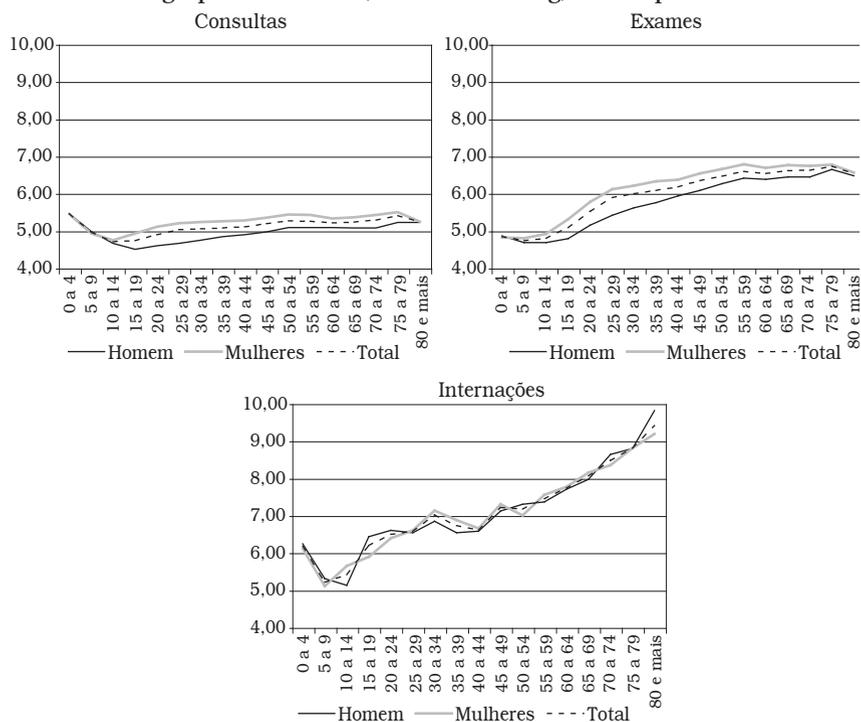
<i>Sexo</i>	<i>Consultas</i>	<i>Internações</i>	<i>Exames</i>	<i>Total</i>
Homens	136,30	1.307,49	344,48	2.256,55
	(135,19)	(13.326,87)	(569,59)	(16.683,39)
Mulheres	185,69	1.415,65	515,31	2.719,88
	(166,62)	(12.896,94)	(780,22)	(15.862,39)
Total	161,48	1.362,64	431,59	2.492,81
	(154,02)	(13.109,41)	(690,42)	(16.271,44)

Nota: Desvio-padrão em parênteses.

Fonte: Sabesprev, 2009.

O gráfico 7 apresenta o gasto médio anual por tipo de serviço discriminado por grupo etário e sexo. O gasto médio com consultas é praticamente constante ao longo dos grupos etários, apresentando pequena variação ao longo do ciclo de vida. As mulheres apresentam gastos maiores com consultas médicas do que os homens, sugerindo um maior número de realizações de consultas ao ano. Em relação aos exames, observa-se um comportamento monotônico crescente com a idade, sendo que os grupos etários extremos chegam a gastar cerca de 6 vezes mais do que os grupos mais jovens. Assim como observado para as consultas médicas, as mulheres realizam mais exames do que os homens em praticamente todos os grupos etários. A análise do gasto médio com internações por grupo etário revela diferença mais significativa do que a observada para consultas e exames, evidenciando que o gasto hospitalar apresenta um componente de ciclo de vida mais importante do que o gasto ambulatorial (consultas e exames). O gasto médio anual com internação nos grupos etários extremos chega a quase 25 vezes o gasto médio anual do grupo etário mais jovem.

Gráfico 7. São Paulo, 2009: gasto médio com consultas, exames e internações por grupo etário e sexo (R\$ de 2009 em log) - Sabesprev



Fonte: Sabesprev, 2009.

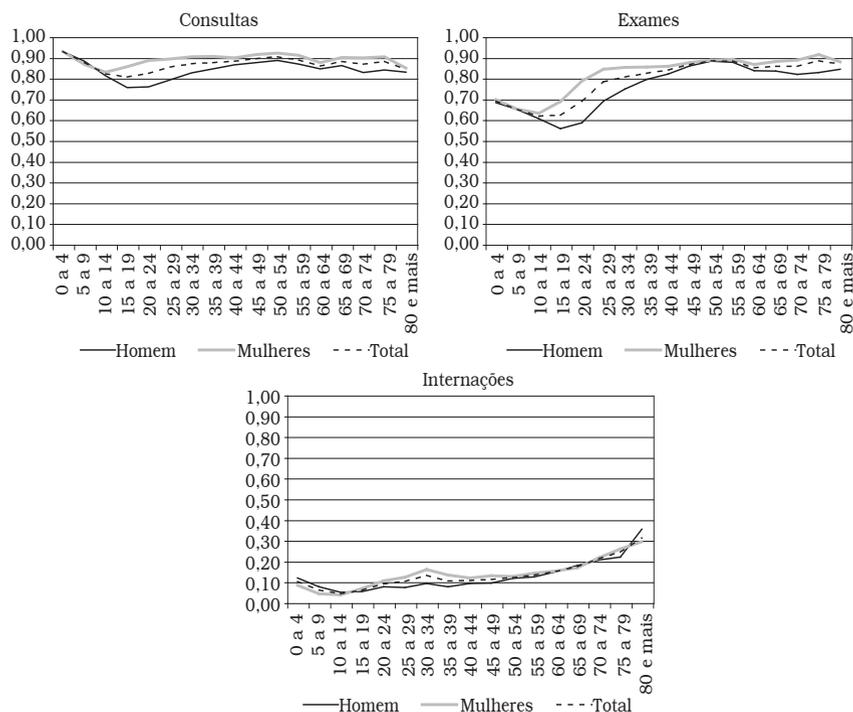
Probabilidade de uso dos serviços médicos

Do ponto de vista da previsão dos serviços de saúde, interessa desagregar os gastos nas duas decisões: a decisão de utilização/gasto e a decisão de quanto utilizar/quanto gastar. Para tanto, apresentamos a probabilidade de utilização de cada serviço médico desagregada por grupo etário e sexo. A análise do gráfico 8 revela que, ao longo de um ano, a maioria dos beneficiários realiza pelo menos uma consulta médica e algum exame: cerca de 90,0% dos beneficiários-ano realizam pelo menos uma consulta médica anualmente e cerca de 80,0% realiza algum exame. Considerando os grupos etários, observa-se probabilidade mais elevada de realização de consultas nos grupos etários mais extremos: crianças de até 09 anos e idosos. Em relação ao sexo,

como já mencionado, as mulheres apresentam chance mais elevada de realizar consulta para praticamente todos os grupos etários. No tocante aos exames, não se verificam diferenças muito significativas na probabilidade de realização de exames entre os sexos.

Em relação às internações, a probabilidade de ser internado pelo menos uma vez ao ano varia de cerca de 4,0% (um em cada 25 pessoas) para os grupos etários mais jovens até 31% (uma em cada três pessoas) para os idosos, sendo esta bastante sensível à idade. Em média, uma em cada dez pessoas é internada ao ano. As menores chances de internação ocorrem para os homens dos 5 aos 49 anos, período em que essa chance é inferior a 10,0%. Para as mulheres, as menores chances de internação ocorrem até os 19 anos, a partir de então, a chance de ser internada já é superior a 10,0%, coincidindo provavelmente com o início do período reprodutivo.

Gráfico 8. São Paulo, 2009: probabilidade anual de utilização de consultas, exames e internações por grupo etário e sexo - Sabesprev



Fonte: Sabesprev, 2009.

Gasto médio condicionado por tipo de serviço

Esta seção apresenta os indicadores de gasto médio por tipo de serviço, considerando apenas aqueles beneficiários que tiveram uma utilização positiva no ano de 2009. A tabela 6 e o gráfico 9 (em escala logarítmica) ilustram o gasto médio anual condicionado à utilização por tipo de serviço médico discriminado por sexo. Nesse caso, consideramos no denominador apenas os indivíduos que utilizaram pelo menos uma vez o serviço em análise. Como mencionado anteriormente, os valores médios condicionados para consultas e exames se elevam, mas em proporção relativamente pequena, já que a maior parte da população realiza pelo menos uma consulta e um exame anualmente. Nesse sentido, a consideração dos gastos médios ou dos gastos médios condicionados para esses tipos de serviço não é tão relevante. Para as internações, por outro lado, os valores observados são bastante elevados. Verifica-se uma relação monotônica crescente e bastante sensível à idade. O valor médio das internações varia de 3.000 a 39.000 reais e apresenta desvio-padrão bastante elevado, revelando, mais uma vez, a heterogeneidade desse tipo de cuidado.

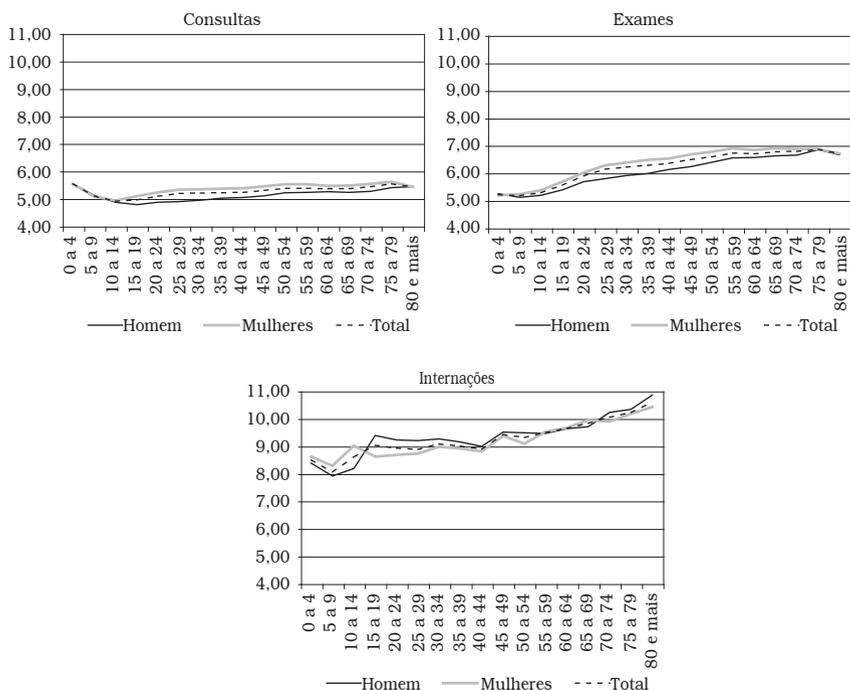
Tabela 6. São Paulo, 2009: gasto médio anual, condicionado à utilização de serviços, por tipo de serviço médico segundo sexo (R\$ de 2009) - Sabesprev

<i>Sexo</i>	<i>Consultas</i>	<i>Internações</i>	<i>Exames</i>	<i>Total</i>
Homens	162,19	13.416,13	457,92	2.552,73
	(132,47)	(40.749,13)	(615,90)	(17.723,26)
Mulheres	209,18	11.933,79	637,74	2.982,05
	(162,36)	(35.734,51)	(821,74)	(16.585,77)
Total	186,79	12.587,82	552,82	2.775,00
	(150,70)	(38.032,62)	(737,27)	(17.144,94)

Nota: Desvio-padrão entre parênteses.

Fonte: Sabesprev, 2009.

Gráfico 9. São Paulo, 2009: gasto médio anual condicionado com consultas, exames e internações por grupo etário e sexo (R\$ de 2009 em log) - Sabesprev



Fonte: Sabesprev, 2009.

Discussão

Este trabalho apresenta indicadores de gastos com serviços de saúde discriminando por grupos etários quinquenais e sexo para a população coberta pelo plano privado ofertado pela Sabesp. Além disso, as análises foram conduzidas desagregando por status de sobrevivência dos beneficiários: aqueles que permaneceram ativos durante todo o ano de 2009 na carteira e os que faleceram nesse mesmo período. A construção desses indicadores é fundamental para auxiliar a gestão dos serviços de saúde, sobretudo no setor de saúde suplementar. As informações utilizadas são atinentes aos registros administrativos de todos os procedimentos realizados no âmbito do plano de saúde ofertado pela Sabesprev.

Os gastos totais por status de sobrevivência mostram que o gasto médio dos beneficiários que faleceram (R\$ 86.000,00) é cerca de 38 vezes superior ao gasto anual dos indivíduos que permaneceram ativos na carteira (R\$ 2.000,00). A desagregação de gastos por tipo de serviço mostra que a maior parcela de gastos é destinada às internações, com um gasto médio superior a consultas em cerca de 8,5 vezes e aproximadamente 3 vezes a mais do que gastos com exames anuais. Considerando os gastos médios anuais condicionais à utilização, os gastos com internação superam os gastos com consultas e os exames em cerca de 67 e 23 vezes, respectivamente. Em relação ao sexo, mulheres tendem a apresentar um gasto superior ao dos homens em cerca de 1,29 vezes, sugerindo um maior cuidado com a saúde pelas mulheres. Para as internações, não são apresentadas diferenças muito significativas em relação ao sexo. No tocante ao perfil etário dos gastos, chama a atenção a importância do componente de ciclo de vida, sobretudo para os gastos hospitalares, que representam a parcela mais significativa dos gastos totais com saúde. Para esse serviço, o crescimento nos gastos é muito elevado a partir dos 55 anos de idade. Como os grupos etários mais velhos são os que apresentam maior probabilidade de morte na carteira, isso explica o elevado gasto com serviço entre aqueles que morreram. Apesar disso, o gasto com idosos na Sabesprev é superior ao da média do Brasil. Estimativas do CELADE (2008) indicam que, no Brasil como um todo, o percentual de gastos destinado aos idosos é de cerca de 25,0%. Na carteira da Sabesprev, a participação do grupo de 60 anos, e mais sobre os gastos totais, é de cerca de 37,0%. Como a pirâmide etária mostrou, a participação do grupo de idosos na carteira da Sabesprev é maior do que a da população total, o que pode explicar parte desse excedente. Outra explicação pode ser a diferença entre usuários da Sabesprev e da população total em relação à utilização de serviços de saúde.

A relação entre idade, proximidade à morte e gastos com saúde tem sido bem documentada na literatura na última década (Yang, Norton e Stearns, 2003; Seshamani e Gray, 2004; Polder, Barendregt e Oers, 2006; Raitano, 2006; Layte, 2007). Os estudos procuram mostrar que não é a idade, por si só, que determina os gastos com saúde. Os grupos etários mais velhos apresentam os maiores gastos pelo fato de também apresentarem a maior probabilidade de morte e, quanto mais próximo à morte, maior a utilização de serviços intensivos em tecnologia, consequentemente mais caros, como forma de postergar a morte (McGrail *et al.*, 2000). Seshamani e Gray (2004), por exemplo, apontam para o fato de que o aumento de 30,0% dos gastos para idosos acima de 65 anos ocorre em função da proximidade à morte. Utilizando dados do

Medicare, Lubitz e Riley (1993) verificaram que a proporção anual de gastos hospitalares das pessoas que faleceram entre 1976 a 1988 correspondia a cerca de 30% do total. Na carteira da Sabesprev, esse gasto corresponde a cerca de 10,0% do total. Estudo realizado para Minas Gerais mostrou que os gastos hospitalares dos não sobreviventes foram maiores do que os gastos para os sobreviventes entre 2004 e 2005, sendo que a diferença se reduziu com a idade (Berenstein, 2009).

O banco de dados utilizado neste trabalho apresenta diversas vantagens. Entre as principais vantagens, mencionamos o fato de todos os beneficiários da carteira de seguro estarem sob as mesmas condições de acesso e estrutura de incentivos dos provedores. Uma das maiores dificuldades de construção de indicadores de utilização na população é a consideração dos problemas de acesso. Indivíduos de grupos etários e/ou sexo distintos podem estar sob condições muito diferenciadas de acesso, o que pode determinar os padrões de utilização e inviabilizar a comparação entre os grupos populacionais. No caso da carteira da Sabesprev, esse problema é minimizado, uma vez que todos os indivíduos estão recebendo serviços por meio da mesma rede de provedores, tendo, portanto, as mesmas oportunidades de acesso em termos de custos monetários e não monetários no ato da realização do serviço, bem como tendo os provedores sob a mesma estrutura de incentivos. Nesse sentido, o trabalho contribui na medida em que permite uma análise do comportamento dos gastos com serviços de saúde ao longo do ciclo de vida dos indivíduos. Além dessa contribuição, o trabalho também apresenta a desagregação dos gastos considerando o status de sobrevivência dos indivíduos. A distinção dos indicadores de gastos entre os indivíduos vivos e mortos é fundamental para as projeções de gastos, uma vez que a proximidade da morte parece ser um dos fatores mais relevantes para determinar o patamar de gastos a serem incorridos.

Bibliografia

- Bahia, L.e Scheffer, M. (2008). «Planos e seguros privados de saúde», em Giovanello, L. (org.), *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*, Rio de Janeiro: FIOCRUZ, pp. 507-543.
- Batista-Junior, J.R. e Nogueira, R.P. (2002). «As condições de saúde no Brasil», em Finkelman, J. (org.), *Caminhos da Saúde Pública no Brasil*, Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, pp. 117-234.
- Berenstein, C.K. (2009). «Os efeitos de idade e proximidade à morte sobre os gastos com internações no SUS: evidências com base no caso de Minas Gerais, 2004/2005», tese de doutorado em demografia, Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais.
- Carret, M.L.V.; Fassa, A.G. e Kawachi, I. (2007) «Demand for emergency health service: factors associated with inappropriate use», em *BMC Health Services Research*, London: BioMed Central, vol. 7, n.º 131, pp. 1-9.
- Carvalho, J.A.M. (2004). *Crescimento populacional e estrutura demográfica no Brasil*, Texto para Discussão Nº 227, Belo Horizonte: CEDEPLAR.
- CEPAL/Celade (2008). «Transformaciones demográficas y su influencia en el desarrollo en América Latina y el Caribe», Trigésimo segundo período de sesiones de la CEPAL.
- (2010). «Población y salud en América Latina y el Caribe: retos pendientes y nuevos desafíos», Comité Especial de la CEPAL sobre Población y Desarrollo, Naciones Unidas, CEPAL.
- Fernandes, L.C.L.; Bertold, A.D. e Barros, A.J.D. (2009). «Utilização de serviços de saúde pela população coberta pela Estratégia de Saúde da Família» em *Rev. Saúde Pública*, São Paulo: Universidade de São Paulo - Faculdade de Saúde Pública, vol. 43, n.º 4, pp. 595-603.
- Goldbaum, M.; Gianini, R.J.; Novaes, H.M.D. e Cesar, C.L.G. (2005). «Utilização de serviços de saúde em áreas cobertas pelo Programa Saúde da Família (Qualis) no município de São Paulo» em *Rev. Saúde Pública*, São Paulo: Universidade de São Paulo - Faculdade de Saúde Pública vol. 39, n.º 1, pp. 90-99.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2008). *Projeção da população do Brasil por sexo e idade - 1980/2050: revisão 2008*. Estudos e Pesquisas, Informação Demográfica e Socioeconômica. Rio de Janeiro, n.º 24.
- Jones, A.M. (2000). «Health Econometrics», em Culyer, Anthony e Newhouse, J. (eds.). *Handbook of Health Economics*, vol. 1, North Holland: Elsevier.
- Layte, R. (2007). *An analysis of the impact of age and proximity of death on health care costs in Ireland*, ESRI Working Paper n.º 193, Dublin: ESRI.
- Lubitz, J. e Riley, G.F. (1993). «Trends in medicare payments in the last year of life» em *New England Journal of Medicine*, Boston, Mass.: Massachusetts Medical Society, vol. 328, n.º 15, pp. 1092-1096.
- McGrail, K.; Green, B.; Barer, M.L.; Evans, R.G.; Hertzman, C. e Normand, C. (2000). «Age, costs of acute and long-term care and proximity to death: evidence for 1987-88 and 1994-95» em *Age and Ageing*, London: Oxford University Press, vol. 29, n.º 3, pp. 249-253.
- Polder, J.J.; Barendregt, J.J. e Oers, H.V. (2006). «Health care costs in the last year of life – the Dutch experience», em *Social Science and Medicine*, ELSEVIER, vol. 63: 1720-1731.
- Preker, A.S.; Scheffler, R.M. e Bassett, M.C. (eds.) (2007). *Private Voluntary Health Insurance in Development*, Washington, D.C.: The World Bank.
- Raitano, M. (2006). *The impact of death-related costs on health care expenditure: a survey*. Research Report n.º 17, Brussels: ENEPRI.

- Seshamani, M. e Gray, A. (2004). «Time to death and health expenditure: an improved model for the impact of demographic change on health care costs», em *Age and Ageing*, London: Oxford University Press, vol. 33, n.º 6, pp. 556-561.
- Ugá, M.A.D. e Porto, S.M. (2008). «Financiamento e alocação de recursos em saúde no Brasil», em Giovanella, L. (org.), *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*, Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- Yang, Z.; Norton, E.C. e Stearns, S.C. (2003). «Longevity and health care expenditures: the real reasons older people spend more», em *The Journals of Gerontology*, Nueva York: Oxford University Press, vol. 58, n.º B(1), S2-S10.

III. ENVEJECIMIENTO Y SISTEMAS DE PROTECCIÓN SOCIAL PARA LA VEJEZ

Estimación del impacto de la ley de pensión alimentaria para personas adultas mayores en situación de pobreza en el Paraguay

Claudina Zavattiero¹

Resumen

El elevado número de personas adultas mayores que viven en situación de pobreza en el Paraguay junto con la necesidad de remediar la inequidad social existente en ese grupo dieron lugar a la promulgación de una ley que prevé una pensión alimentaria, consistente en una transferencia monetaria del 25% del salario mínimo vigente a todas las personas de 65 años y más en situación de pobreza. La aprobación de la citada ley se dio en un clima de debate político antes que de análisis de su posible impacto. Estimaciones realizadas demuestran que de haberse realizado el cálculo del impacto previamente a la aprobación de la ley (año 2008), debiera beneficiar a 93.566 personas, logrando una reducción de la pobreza de 1,4 puntos porcentuales. En montos, solamente el pago de la pensión (sin tener en cuenta los costos indirectos) demandará al Gobierno la suma de aproximadamente 114 millones de dólares americanos anuales (año 2008), valor que irá en progresivo aumento dado el incremento del volumen poblacional de este grupo etario en los próximos años. Traducido en porcentaje del Producto Interno Bruto (PIB)² del año 2008, la aplicación de la pensión alimentaria para adultos mayores en situación de pobreza representa el 0,8% del PIB.

Palabras clave: adultos mayores, transferencias no condicionadas, pobreza, Paraguay.

Abstract

Estimation of the impact of the law on food pension for elderly in poverty in the Paraguay

The number of elderly living in poverty in Paraguay along with the need to remedy social inequality existing in that group, led to the enactment of a law providing a food pension, consisting of a monetary transfer of 25% of the existing minimum wage, to all people of 65 years and over in poverty.

The adoption of this law occurred in a climate of political debate rather than analysis of their possible impact. Estimates show that having done the calculation of impact previously to the adoption of the law (year 2008), is expected to benefit to 93.566 people, achieving a reduction in poverty by 1.4 percentage points. In amounts, only the pension payment (regardless of indirect costs) demand to the Government the sum of approximately U.S.\$ 114 million annually (year 2008), value which will be in progressive increase given the increase of the population size in this age group in the coming years. Translated into a percentage of the Gross Domestic Product (GDP) in 2008, the application of maintenance for older adults in poverty represents 0.8% of GDP.

Keywords: elderly, not conditional transfers, poverty, Paraguay.

1 Asociación Paraguaya de Estudios de Población, claudinaz@hotmail.com.

2 Valor de todos los bienes y servicios finales producidos dentro de una nación en un año determinado.

Introducción

Durante largas décadas, la preocupación en materia poblacional en el Paraguay se enmarcó en aspectos relacionados a personas de los primeros quintiles de edad, lo cual tiene una amplia justificación dado que el país, históricamente, registró una estructura poblacional joven con altas tasas de fecundidad y de mortalidad. El importante volumen que registraban las edades tempranas en el total de la población, o incluso el grupo de mujeres en edad fértil, volvió casi invisible o imperceptible, y en todo caso poco preocupante, la presencia de los grupos de personas en edades adultas mayores. Con el correr de los años, las mejoras en las condiciones de vida y los avances logrados en educación, salud, alimentación, infraestructura sanitaria, entre otros, dieron como resultado una aceleración en el ritmo de la transición demográfica del Paraguay con un significativo descenso histórico del nivel de mortalidad y una sostenida baja de la fecundidad (especialmente en los últimos diez años), llegando en la actualidad a ubicar al país en la etapa de transición plena.

Todo el proceso mencionado fue acompañado de incrementos en la expectativa de vida. A mediados del siglo pasado, era inusual pensar que las personas pudieran vivir más allá de los 61 años en promedio, pero ya en la primera década del siglo XXI se ha notado un aumento medio de diez años en la esperanza de vida (STP/DGEEC, 2005). Este aumento prolonga la existencia de las personas en su etapa avanzada y, sumado al menor peso de los grupos infantiles en la estructura demográfica, da cuenta del inicio del proceso de envejecimiento de la población en el Paraguay, al que se considera envejecimiento incipiente. Esta nueva situación que el país debe de enfrentar acarrea consideraciones tanto de orden social y familiar como político y económico, estos últimos se verán más adelante.

A los efectos del presente estudio se considera adulto mayor, bajo una definición cronológica, a aquella persona (de sexo femenino o masculino) cuya edad sea de 65 años o más. Obviamente el número de años vividos no es el único criterio para caracterizar a una persona como adulta mayor; existen otros factores que van desde lo fisiológico, biológico, psicológico hasta lo social, cultural, y conductual y que se van modificando como consecuencia de la acción del paso del tiempo sobre las personas; no obstante, se adoptará el criterio cronológico a modo de estudiar el impacto de la ley analizada en el presente estudio, en la edad que la misma ha establecido.

El Paraguay, que hasta hace poco presentaba una estructura de población predominantemente joven, ha iniciado el proceso de enve-

jecimiento y este irá en progresivo aumento con el correr de los años y se caracterizará por el rápido crecimiento del número de adultos mayores. Proyecciones nacionales señalan que en 1950 la población paraguaya de 65 y más años de edad representaba el 2,9% de la población total (casi 43 mil personas), grupo que se duplicó en valores absolutos en los siguientes veinte años para llegar a representar en 1970 el 3,4% de la estructura poblacional (aproximadamente 86 mil adultos mayores). Al año 2000 integraban este grupo de edad más de 232 mil ancianos (4,3%) y se estima que en el 2025 el 7,5% de las personas en el país (más de 601 mil personas) serán adultas mayores, aumentando a una de cada ocho para el 2050 (12,5%, totalizando casi 1 millón 300 mil adultos mayores), (STP/DGEEC, 2005).

Actualmente conforman este contingente seis de cada 100 personas residentes en el país (más de 377 mil individuos), con una desigual distribución por sexo (57,0% mujeres, 43,0% hombres) y consiguientemente alto índice de feminidad (134 mujeres por cada 100 hombres de 65 años y más, a diferencia del nivel nacional que asciende a 101,5), en su mayoría residentes en zonas urbanas (56,7%); sin embargo, la estructura poblacional del área rural se encuentra más envejecida (mayor peso relativo de adultos mayores en su población) (EPH, 2008).

De cara al proceso de envejecimiento que comienza a experimentar el Paraguay, como se ha comentado brevemente y junto con sus peculiaridades, es importante analizar el acceso de los adultos mayores a la seguridad social (pensiones y jubilaciones), así como los niveles de pobreza de las personas mayores y los programas de protección social implementados en el país. Si estos programas no fueran universales, estos aspectos podrían llegar a ser el sustento necesario para justificar la implementación de una ley de pensión alimentaria para adultos mayores, como también se verá más adelante.

Seguridad social para adultos mayores en el Paraguay

Cabe resaltar que en el país la seguridad social es un derecho establecido en la Constitución nacional, por medio del cual todo trabajador activo y legal tiene derecho a acceder a un conjunto de mecanismos que apuntan a protegerlo ante diversas eventualidades y riesgos, por ejemplo: accidentes, enfermedades, vejez, invalidez, etcétera. El sistema de aporte es tripartito (trabajador, empleador y Estado) y está calculado sobre el salario percibido (Céspedes, 1996); de este aporte el 12,5% es destinado a jubilaciones y pensiones y pueden acceder a

ellas, en condiciones generales, las personas de 60 años o más que hayan prestado servicios por 25 años.

A pesar de ser un derecho, en la actualidad el acceso a la seguridad social es limitado. Anteriormente el Paraguay no contaba con una política social explícita, y recién a mitad del siglo pasado el Gobierno ha comenzado a intervenir en temas de protección y seguridad social. Hoy en día, siete de cada ocho paraguayos carecen de cualquier sistema formalizado de jubilación, y cuatro de cada cinco ciudadanos no tienen ningún tipo de seguro médico (Holst, 2004). Por su parte, el acceso a la seguridad social al final de la vida es privilegio de unos pocos, pues solamente dos de cada 10 adultos mayores cuentan con ingresos por jubilación o pensión (14,0% cuenta con jubilación y 6,0% con ingreso por pensión). Con lo expuesto, parece evidente que el sistema contributivo impuesto en el país no es la solución universal para que las personas de edades avanzadas no caigan en la pobreza o cubran las necesidades de atención en salud.

Los bajos porcentajes citados anteriormente podrían deberse a los sistemas laborales vigentes desde décadas anteriores, en los cuales la falta de empleo, el subempleo o los trabajos informales dan lugar a escaso acceso a los sistemas contributivos y con esto, posteriormente, a las jubilaciones. Además, la Constitución nacional en su art. 95 establece el sistema obligatorio e integral de seguridad social solamente para trabajadores «dependientes», razón por la cual los trabajadores independientes no acceden al aporte por su calidad de trabajadores por cuenta propia. En este último grupo mencionado se evidencia una escasa cultura previsional ya que en su momento no consideraron ahorros ni aportaron a regímenes privados para una pensión en la vejez. Por otro lado, el hecho de contar con pensiones o jubilaciones del Estado no garantiza no caer en la pobreza dada «la pérdida creciente del poder adquisitivo de los jubilados y pensionados, como consecuencia de la baja rentabilidad de las inversiones» (Céspedes, 1996).

Población adulta mayor en situación de pobreza

Lo expuesto es la base del escenario actual en el que, en conjunto con otros factores, se evidencia un alto porcentaje de la población adulta mayor con limitadas posibilidades de satisfacer sus necesidades básicas. Dicho de otra manera, uno de cada cuatro adultos mayores en Paraguay vive en situación de pobreza (12,0% en extrema

pobreza y 13,4% en no extrema),³ destacando que la tasa de pobreza a nivel nacional es 37,9% (19,0% pobreza extrema y 18,9% pobreza no extrema) (STP/DGEEC, 2009).

Las situaciones anteriormente planteadas deben ser tenidas en cuenta por los encargados de tomar decisiones y de diseñar las políticas orientadas a satisfacer las necesidades de las personas de mayor edad. La expresión suprema de todo el ordenamiento jurídico, social, económico, político, civil y cultural del país, la Constitución nacional, expresa que

la calidad de vida será promovida por el Estado mediante planes y políticas que reconozcan factores condicionantes, tales como la extrema pobreza y los impedimentos de la discapacidad o de la edad (art. 6) —y además—, toda persona de la tercera edad tiene derecho a una protección integral. La familia, la sociedad y los poderes públicos promoverán su bienestar mediante servicios sociales que se ocupen de sus necesidades de alimentación, salud, vivienda, cultura y ocio (art. 57).

Algunos programas de protección social

El Gobierno, por medio de diferentes instituciones públicas, se encuentra realizando esfuerzos orientados a los sectores más vulnerables de la población, ejecutando políticas, planes y programas de lucha contra la pobreza (Estrategia Nacional de Lucha contra la Pobreza). Un ejemplo de lo mencionado es el programa de transferencias monetarias con responsabilidad compartida que desarrolla la Secretaría de Acción Social, el cual incluye una asistencia adicional específica a las familias que tienen entre sus integrantes a un adulto mayor. El programa Tekoporá (Vivir bien) transfiere una cierta cantidad de dinero (en concepto de bono alimentario) a hogares en situación de pobreza, más un monto extra por cada hijo menor en edad escolar (hasta cuatro hijos) y adicionalmente la suma de 35.000 G.⁴ (menos de 10 US\$) a las familias que tengan entre sus integrantes a un adulto mayor (un adulto mayor por hogar). No obstante, y a pesar de los esfuerzos, la suma que el mencionado programa destina a adultos mayores no garantiza la cobertura mínima necesaria para asegurar su bienestar, esto es así porque el

3 Pobreza extrema: conformada por el conjunto de personas cuyo nivel de ingresos es inferior al costo de una canasta básica de consumo de alimentos (es decir, del valor de una línea de pobreza extrema). Pobreza no extrema: son quienes tienen ingresos mayores al costo de una canasta básica de alimentos, pero inferiores al de una canasta básica de consumo total (de alimentos y no alimentos, es decir, de una línea de pobreza total) (DGEEC, 2007).

4 G (guaraní) es el símbolo del signo monetario nacional.

programa fue diseñado para incentivar la inversión en capital humano en las familias en la parte inicial del ciclo de vida (niños y jóvenes). Además la Secretaría de Acción Social (SAS) también ha creado la Dirección de Adultos Mayores cuyo objetivo central es el bienestar y protección social del adulto mayor.

Como se ha visto, tanto en el bajo acceso de la población al sistema de seguridad social, como en los reducidos montos de los programas de transferencias monetarias, ninguno garantiza la cobertura mínima necesaria para no caer en la pobreza.

Según Barrientos (2007) «Los cambios en los patrones de vulnerabilidad en la vejez, así como los cambios en las fuentes de protección, son el resultado de transformaciones de carácter demográfico, social y económico». En este aspecto se destaca que, en general, las políticas públicas aplicadas en el país tienen un tinte más bien paliativo que preventivo, por lo que no es de extrañar que el Estado aborde la «sorpresiva» problemática del bienestar en la vejez por medio políticas selectivas focalizadas⁵ de transferencias monetarias no contributivas ni condicionadas.

Ley de pensión alimentaria

El incremento del número de adultos mayores en la población paraguaya, y dentro de estos los que viven en situación de pobreza, las presiones por parte de las organizaciones sociales de adultos mayores (como el Consejo de Adultos Mayores de Asunción), y los factores expuestos anteriormente fueron elementos que forzaron a que en el año 2009 el Paraguay (único país del Mercosur⁶ que no contaba con este tipo de pensiones) tuviera que promulgar una ley destinada a remediar la inequidad social entre las personas adultas mayores. La ley 3728 prevé una pensión alimentaria, correspondiente al 25,0% del salario mínimo vigente (equivalente al momento actual a 70 US\$ aproximadamente), para las personas de 65 años y más en situación de pobreza que no perciban pensiones o jubilaciones del Estado ni adeuden al mismo.

La aprobación de la ley se dio, antes que en un entorno de diagnóstico previo sobre la viabilidad y el impacto que significaría para el Gobierno en términos económicos y para la población beneficiada en aspectos de mejoramiento de su calidad de vida, en un clima de

5 Se formulan pensando en un grupo destinatario específico y con delimitación del grupo según un criterio de pobreza.

6 Mercado Común del Sur integrado por Argentina, Brasil, Paraguay y Uruguay.

debate político donde predominaron intereses sectoriales en pro y en contra del Gobierno actual, antes que sobre las consecuencias derivadas de la carencia del seguro social, lo cual sí justificaría plenamente su aplicación.

El Presidente de la República emitió su objeción, entre otras razones, por considerar que la propuesta no mencionaba las fuentes de financiamiento de este beneficio, además de mencionar que la misma agravaría aún más la escasez de recursos que enfrenta el Gobierno (decreto n.º 2050/2009); no obstante, las Cámaras de senadores y de diputados ratificaron en su determinación con relación a la normativa, y la misma entró en vigencia en setiembre de 2010.

Se debe destacar que este tipo de pensiones son aplicadas hace tiempo en otros países de la región como el caso de Bonosol o Renta Dignidad en Bolivia, el programa Oportunidades en México, Bono Desarrollo Humano en Ecuador o programa Juntos en Perú, entre otros. La experiencia de aplicación de este tipo de programas en algunos países latinoamericanos demuestra que logran reducir hasta en un 65,0% la incidencia de la pobreza en los hogares cuyos miembros adultos mayores reciben la pensión (Clark *et al.*, 2009), así como también ayuda a reducir la vulnerabilidad de las personas mayores y sus hogares (Barrientos, 2007).

El presente estudio no discute la existencia de una correlación entre la vejez, la pobreza y la vulnerabilidad y que los programas de reducción de la pobreza basados en transferencias de ingresos regulares y destinados a los grupos más pobres pueden ofrecer una seguridad de ingreso en la vejez (Barrientos, 2007); no obstante, en el caso paraguayo, una serie de cuestionamientos rondan en torno a la mencionada ley, ya que estando en el primer año de vigencia no se ha determinado cabalmente cuál será el proceso de selección de beneficiarios (focalización), tampoco se han realizado estudios que apunten a la universalidad de la ley (beneficio para toda persona de 65 años o más), y más importante aún, todavía es incierta la procedencia de los fondos para cumplir con la aplicación de la ley. En una primera etapa los fondos provendrán del presupuesto general de la nación.

En otro orden, es cuestionable si la pensión garantiza la superación de la pobreza de al menos un importante número de personas adultas mayores, si la pensión es sólo una medida paliativa frente a la pobreza y si, de retirarse la pensión, la persona volvería a caer en la pobreza, si los costos a invertir en la aplicación de la ley son el resultado de sistemas de previsión social deficitarios, entre otros interrogantes.

Barrientos (2007) destaca que

los países en desarrollo no sólo dispondrán de un tiempo mucho menor (que los desarrollados) para establecer o fortalecer sistemas de protección social que tengan en cuenta el envejecimiento de la población, sino que además dispondrán de menos recursos a tal efecto.

Tal preocupación se vive también en el Paraguay, por tanto, este estudio pretende realizar estimaciones del impacto que el monto de la transferencia tendrá sobre el nivel de pobreza de la población y de los hogares, es decir, verificar cuántas personas u hogares logra sacar de la pobreza la aplicación de la ley (posicionándolos en la línea de pobreza⁷ o por encima de ella). Así también se realiza una estimación del impacto sobre el Producto Interno Bruto Nacional (reflejado en porcentaje del PIB). Y por último, se incluyen estimaciones y cálculos prospectivos de corto plazo para llevar los cálculos hasta el fin del mandato del actual Gobierno (2010-2013).

Con el estudio se espera contribuir al conocimiento del impacto de la ley y a la toma de decisiones en el proceso de construcción de una política social para adultos mayores a largo plazo, materia pendiente y de alta prioridad para nuestra sociedad.

Objetivos

Realizar una estimación del impacto que la pensión alimentaria (Ley 3728/09) tendrá en el nivel de pobreza y en el PIB, con base en el año 2008 y proyectando hasta el final del período del actual gobierno (2013).

Metodología

Estimación del impacto en la pobreza

El estudio es de tipo transversal, con análisis cuantitativo a partir de los datos provenientes de la Encuesta Permanente de Hogares del año 2008 levantada por la Dirección General de Estadísticas, Encuestas y Censos. Se toma este año como referencia por ser el año en que se inició el tratamiento del proyecto de ley aprobado un año después, período durante el cual se debió realizar el estudio de impacto que se tratará de formular en el presente trabajo.

7 Define a la población pobre como aquel conjunto de personas residentes en hogares cuyo nivel de bienestar (expresado a través del ingreso), es inferior al costo de una canasta básica de consumo (conjunto de bienes y servicios que satisface los requerimientos mínimos para la sobrevivencia humana). El costo de esta canasta se denomina línea de pobreza.

Para realizar las estimaciones del impacto de la ley en el nivel de pobreza, se aplica un modelo estático de microsimulación trabajando con microdatos a nivel de individuos y de hogares, con el fin de representar la realidad o la posible realidad futura del impacto de la ley sobre la población beneficiaria.

La determinación de la población en situación de pobreza se realiza, en la encuesta a utilizar, por medio de la metodología de líneas de pobreza y que en el caso de Paraguay se establecen según dominio geográfico en el cual resida la persona. De esta forma encontramos:

Tabla 1. Paraguay, 2008: Valores mensuales per cápita de la canasta total

<i>Dominio</i>	<i>Línea de pobreza mensual per cápita de la canasta total en G (en US\$ 1 US\$=5000 G)</i>
Área metropolitana	474.703 (95 US\$)
Resto urbano	338.902 (68 US\$)
Rural	291.948 (58 US\$)

Fuente: Paraguay. STP/DGEEC. Mejora de la metodología de medición de pobreza en Paraguay. Resultados 1997-2008.

Como la ley establece el pago del 25,0% del salario mínimo vigente se utilizó el monto del salario mínimo nacional del 2008 (1.341.775 guaraníes mensuales) dado que los datos poblacionales corresponden a ese año. Por tanto el monto de la pensión ascendería a 335.444 G. mensuales.

Como se mencionaba anteriormente, la ley está destinada a la población adulta mayor en situación de pobreza; para llegar a dicho grupo poblacional se requiere llevar a cabo una focalización individual⁸ la cual contiene indefectiblemente dos tipos de errores: el de exclusión o tipo I y el de inclusión o tipo II.⁹

Dado que aún no se cuenta con resultados de la aplicación de la ley para calcular los errores mencionados¹⁰ en la simulación se realiza la siguiente imputación:

8 Proceso (técnico-administrativo) a través del cual se concentran o dirigen recursos públicos hacia un centro o foco de la población. Prioriza los segmentos poblacionales en la asignación de los subsidios públicos.

9 Error de inclusión: es el error cometido al seleccionar como beneficiario a una persona/hogar que no cumple con los requisitos de elegibilidad. El término también es conocido como «fuga o filtración». Error de exclusión: es el error cometido al dejar fuera del programa a una persona/hogar que debía ser incluida. El término también es conocido como «subcobertura».

10 Error de exclusión=cociente entre el número de pobres excluidos y el total de pobres. Error de inclusión=cociente entre el número de no pobres recibiendo el beneficio y el número total de pobres.

Se crea una distribución uniforme estándar¹¹ y se consideran errores de exclusión a los valores menores a 0,1 y errores de inclusión a los menores a 0,2. Los parámetros de esta imputación fueron tomados de un estudio nacional de lucha contra la pobreza en el área de educación dado que es la única referencia encontrada en el país y que presenta errores de focalización (Robles, 2001). Cabe destacar que la focalización es parte de los esfuerzos por alcanzar mayor eficiencia y equidad en las políticas sociales, y generalmente se da frente a fuertes restricciones presupuestarias. Uno de los propósitos de la focalización es contribuir a atenuar la desigualdad en la distribución del ingreso (Brodersohn, s/f).

El siguiente cuadro 1 es una adaptación al presentado en el estudio de Robles y da cuenta de los errores mencionados:

Cuadro 1. Errores y éxitos de un Programa de lucha contra la pobreza

<i>Elegibilidad</i>	<i>Estatus de Pobreza de la población</i>		<i>Total</i>
	<i>Pobre</i>	<i>No pobre</i>	
Beneficiado	30,0 % Éxito Beneficio correctamente entregado	20,0 % Error de inclusión (Tipo II)	50,0%
No Beneficiado	10,0% Error de exclusión (Tipo I)	40,0% Éxito Beneficio correctamente negado	50,0%
Total	40,0%	60,0%	100,0%

Fuente: adaptación de Robles, 2001.

Estimación hasta el final del período del actual gobierno

Dado que se requiere de la utilización de microdatos y que los mismos, a nivel de individuos y de pobreza, sólo se encuentran disponibles hasta la encuesta del año 2008, se trabajará con supuestos que serán aplicados a los datos para llevar los cálculos hasta los primeros años de vigencia de la ley (2010-2013) y realizar una estimación de los costos a invertir en los próximos años. Algunos de ellos se comentan a continuación:

1. Población adulta mayor: a partir del año 2010 se ha aplicado a la población adulta mayor la tasa de crecimiento anual obtenida a partir de las proyecciones de población nacional.¹² No se han utili-

11 Distribución que varía entre 0 y 1.

12 El 3,7% para el 2010, 3,8% para el 2011, 3,9% para el 2012 y 4,0% para el 2013.

zados los volúmenes de esas proyecciones dado que los totales son inferiores a los obtenidos con la encuesta de hogares del 2008 y esto ocasionaría una reducción de los montos a partir de las estimaciones.

2. Para el caso de la población de 65 años y más en situación de pobreza se ha hecho uso de la información de pobreza a nivel nacional y se ha calculado la misma para el grupo en estudio. El porcentaje de población adulta mayor pobre al año 2008 asciende a 25,4% (96.054 personas). Si bien la pobreza total está descendiendo (35,1% al 2009 *versus* 37,9 al 2008), la pobreza de los adultos mayores no presenta el mismo comportamiento. Una de las hipótesis del descenso de la pobreza es la recepción de remesas del exterior, hecho que no afecta mayormente a la población adulta mayor, por tanto, se evidencia un aumento en el porcentaje de pobreza de los adultos mayores que al año 2009 asciende al 27,4%. Se supone que este comportamiento no variará, por tanto se asume una pobreza para el grupo de adultos mayores constante e igual a 27,4% correspondiente a la última información disponible.
3. Para concluir se estima el volumen de potenciales beneficiarios para lo cual se tiene en cuenta a los adultos mayores en situación de pobreza (cálculo explicado en el punto anterior) y se excluyen a aquellos que reciben pensiones o jubilaciones por parte del Estado, estimados en el 3,0% de los adultos mayores pobres (1,0% de los adultos pobres recibe jubilación y el 2,0% pensión). Otro supuesto utilizado para proyectar esta población es que se mantendrá constante la proporción de adultos mayores pobres beneficiarios de pensiones o jubilaciones por parte del Estado.
4. El monto de la transferencia anual es calculado a partir de la microsimulación, incluyendo los errores de inclusión y exclusión como se mencionaba anteriormente. Cada dos años de estimación (2010 y 2012) se imputa un aumento del 5,0% de incremento de salario mínimo, lo cual afecta directamente al monto de la transferencia establecido como una cuarta parte del salario mínimo.
5. Para el análisis del impacto de la ley sobre el PIB, se aplican estimaciones partiendo del valor del año 2011 dado que se conoce su crecimiento en los otros años y se supone un crecimiento del 6,0% anual.

Resultados

A continuación se presentan resultados de la incidencia y brecha de la pobreza, así como el costo y eficiencia de la ley analizada en este estudio.¹³ Se han realizado cálculos a nivel de personas y de hogares, por lo que en el primer caso la estimación de la reducción de la pobreza asume que la transferencia va en beneficio completo del adulto mayor, sin embargo en el segundo caso, cuando se realiza el cálculo a nivel de hogares, se supone que la transferencia se incorpora a los ingresos familiares y se distribuye entre los miembros del hogar.

Población beneficiaria e impacto en la pobreza del país

Un análisis a nivel de individuos muestra la siguiente situación en el Paraguay: al año 2008 la población total adulta mayor ascendía a 377.747 de los cuales sólo se toman en cuenta 377.532 para los análisis posteriores,¹⁴ de ellos 96.054 se encontraban en situación de pobreza (incidencia de la pobreza igual a 25,4%), un porcentaje ínfimo accede a pensiones o jubilaciones por parte del Estado, por tanto la población beneficiaria de la ley en estudio queda comprendida por 93.566 personas. Por otro lado, se ha encontrado que en 307.526 hogares del Paraguay reside al menos un adulto mayor,¹⁵ de estos, el 24,9% de los hogares se halla en situación de pobreza y teniendo en cuenta que no pueden acogerse al beneficio de la pensión aquellos adultos mayores que reciben jubilaciones o pensiones, la cantidad de hogares beneficiarios asciende a 74.764 como puede observarse en la tabla a continuación.

13 Brecha de pobreza: distancia entre el ingreso y la línea de pobreza, cuanto le falta para salir de la pobreza en unidades monetarias.

Cambio en la brecha: cuánto disminuyó la brecha con la transferencia, en unidad monetaria. Eficiencia: en cuánto disminuyó la brecha de la pobreza con relación a lo invertido por el Gobierno.

14 Se excluyen personas dedicadas al empleo doméstico por definición de metodología de medición de pobreza.

15 En 239.437 hogares reside sólo un adulto mayor, en 66.173 hogares residen dos adultos mayores y en 1.916 residen tres adultos mayores.

Tabla 2. Paraguay, 2008: Población y número de hogares según adultos mayores, pobres y beneficiarios

<i>Características</i>	<i>Población</i>	<i>Hogares</i>
Total	6.164.082	1.481.227
Población en estudio*	6.130.127	1.481.227
Pobres	2.324.556	438.268
% de pobreza	37,9	29,6
Adultos mayores	377.532	307.526
Adultos mayores pobres	96.054	76.432
% de adultos mayores pobres	25,4	24,9
Beneficiarios	93.566	74.764

* Excluye personas cuya relación con el jefe de hogar es empleado doméstico.

Fuente: elaboración propia con base en datos de la Encuesta Permanente de Hogares, EPH 2008

La tabla 3 muestra que la aplicación de la mencionada ley logrará reducir la pobreza total en 1,4 puntos porcentuales o lo que es lo mismo, una reducción de 3,4% de la pobreza. Por otro lado, el cálculo a nivel de hogares indica que, cuando el monto de la transferencia es dirigido al hogar con al menos un adulto mayor, la reducción de la pobreza de los hogares es de 2,4 puntos porcentuales.

Si se analizara solamente el impacto de la ley en la población adulta mayor, el impacto obviamente es mucho mayor (86,6% de reducción), en este sentido el porcentaje de población anciana pobre se reduciría en 22 puntos porcentuales a partir de la transferencia, dejando solamente al 3,4% de la población adulta mayor en situación de pobreza.

Tabla 3. Paraguay: Análisis de la pensión alimentaria para las personas de 65 años y más, en situación de pobreza, condicionado a que no reciban pensiones del Estado, según porcentaje de reducción de la pobreza

<i>Reducción de la pobreza</i>		<i>Población</i>	<i>Hogares</i>
<i>Población total</i>			
Número de pobres	antes de la transferencia	2.324.556	438.268
	después de la transferencia	2.241.209	403.045
Porcentaje de pobres	antes de la transferencia	37,9	29,6
	después de la transferencia	36,6	27,2
Reducción de la pobreza en puntos porcentuales		1,4	2,4
% de reducción de la pobreza		3,4	8,1
<i>Población adulta mayor</i>			
Número de pobres	antes de la transferencia	96.054	76.432
	después de la transferencia	12.707	41.209
Porcentaje de pobres	antes de la transferencia	25,4	24,9
	después de la transferencia	3,4	13,4
<i>Reducción de la pobreza en puntos porcentuales</i>		22,0	11,5
<i>% de reducción de la pobreza</i>		86,6	46,2

Fuente: elaboración propia con base en datos de la Encuesta Permanente de Hogares, EPH 2008.

Si el Gobierno transfiere la suma correspondiente al 25,0% del salario mínimo (70 US\$ aproximadamente) a cada persona de 65 años o más que no perciba pensiones ni jubilaciones por parte del Estado y que además se encuentre en situación de pobreza logrará una reducción de la brecha de pobreza del 3,3% y del 6,5% a nivel de hogares, como se aprecia en la siguiente tabla.

Tabla 4. Paraguay, 2008: Análisis de la pensión alimentaria para las personas de 65 años y más, en situación de pobreza, condicionado a que no reciban pensiones del Estado, según reducción de la brecha de pobreza

<i>Reducción de la brecha de pobreza</i>		<i>Población</i>	<i>Hogares</i>
Brecha de pobreza	antes de la transferencia	302.753.212.103	302.753.212.103
	después de la transferencia	292.635.237.416	282.959.499.243
Reducción de la brecha de pobreza	número	10.117.974.687	19.793.712.860
	porcentaje	3,3	6,5

Fuente: elaboración propia con base en datos de la Encuesta Permanente de Hogares, EPH 2008.

Estimación del costo de la transferencia monetaria

El resultado de la estimación del impacto de la ley da cuenta de que su implementación demandará al Gobierno paraguayo la suma de aproximadamente 114 millones de dólares americanos en el año 2008 (tabla 5) asumiendo sólo el costo de la transferencia y sin tener en cuenta los costos indirectos (cuyo valor se estima en el 30,0% del costo total de la transferencia).¹⁶ Se debe tener en cuenta que la cifra presentada irá en progresivo aumento con el correr del tiempo por varios motivos: la población beneficiaria crecerá a ritmos incluso mayores que el resto de la población y el salario mínimo se incrementa a razón del 5 al 10,0% con lo que el monto de desembolso para la transferencia irá en aumento. Esto es así, además, porque los índices de pobreza no muestran una tendencia decreciente significativa como para suponer que habrá menor cantidad de personas adultas mayores en situación de pobreza en los próximos años.

Según la reducción en la brecha de la pobreza y el monto invertido en la implementación de la ley, se concluye que la eficiencia de la medida es del orden del 21,3% (tabla 5). A diferencia de la estimación a nivel de individuos la eficiencia en el cálculo por hogares asciende a 41,7%. Esta discrepancia en la eficiencia se debe a que la reducción de la brecha de la pobreza a nivel de hogares es mayor, dado que en un hogar puede residir más de un adulto mayor.

Desde otro punto de vista, los montos a invertir en el programa de pensiones alimentarias representan el 0,8% del PIB del año 2008.

16 Entre los costos administrativos de la aplicación de la ley focalizada se destacan los relacionados a tareas de elaboración, aplicación, actualización y control de los instrumentos de selección es decir, costo de producción y gestión del sistema de información a modo de identificar la población beneficiaria. Esto requiere de la disponibilidad de un sistema de información suficientemente desagregado, con indicadores idóneos, oportunos y actualizados. La literatura consultada aclara que para el caso hay escasa y controvertible información y destaca que los programas focalizados tendrían un costo comparativamente mayor que los programas universales. Respecto a esto, para el caso de América Latina, el costo estimado de gastos administrativos representa entre el 29 y 32,0% del monto de la transferencia. Además, el tipo de focalización aquí utilizada (por demanda) presenta el menor error de inclusión, pero por otra parte conlleva mayores costos administrativos.

Tabla 5. Paraguay, 2008: Análisis de la pensión alimentaria para las personas de 65 años y más, en situación de pobreza, condicionado a que no reciban pensiones del Estado, según costo y eficiencia

<i>Costo y eficiencia</i>	<i>Población</i>	<i>Hogares</i>
Costo Total Mensual en G	47.471.747.272	47.471.747.272
Costo Total Mensual en US\$ (1 US\$= 5.000 G)	9.494.349	9.494.349
Costo Total Anual en US\$ (1 US\$= 5.000 G)	113.932.193	113.932.193
Eficiencia Cambio en la brecha en relación al costo total	21,3%	41,7%

Fuente: elaboración propia con base en datos de la Encuesta Permanente de Hogares, EPH 2008.

Estimación de costos hasta final del Gobierno actual

Estimaciones realizadas sobre la evolución de la población beneficiaria, los montos a ser desembolsados por el Gobierno y el porcentaje que representa sobre el PIB al año final del mandato del Gobierno actual, indican que esos valores llegarán, respectivamente, a 137.062 beneficiarios, 187 millones de dólares americanos y 1,0% del PIB (tabla 6).

Tabla 6. Paraguay, 2008-2013: Estimación del impacto en el PIB Nacional, de la pensión alimentaria para las personas de 65 años y más, en situación de pobreza y condicionado a que no reciban pensiones del Estado

Año	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Adultos mayores*	377.532	442.029	458.232	475.647	494.001	513.521
Adultos mayores pobres	96.054	121.116	125.556	130.327	135.356	140.705
% de adultos mayores pobres**	25,4	27,4	27,4	27,4	27,4	27,4
Reciben jubilación***	655	826	856	889	923	959
Reciben pensión***	1.832	2.310	2.395	2.486	2.582	2.684
Beneficiarios (pobres - receptores de pensiones o jubilaciones)	93.566	117.980	122.305	126.953	131.852	137.062
Monto mensual de la Transferencia G	47.471.747.272	59.858.486.150	64.077.561.674	66.512.843.675	74.814.955.059	77.771.164.573
Transferencia anual en G	569.660.967.264	718.301.833.798	768.930.740.086	798.154.124.103	897.779.460.703	933.253.974.880
Transferencia anual en US\$ (1 US\$=5000 G)	113.932.193	143.660.367	153.786.148	159.630.825	179.555.892	186.650.795
PIB****	73.621.654.711.000	72.347.102.800.000	76.687.928.968.000	81.289.204.706.080	86.166.556.988.445	91.336.550.407.752
% PIB	0,8	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0

* Se aplicó una tasa de crecimiento anual a partir del año 2010.

** Supuesto de que la pobreza de los adultos mayores se mantiene constante a partir del 2010.

*** Supuesto se mantiene la proporción de receptores del año 2008, se aplica a los demás años.

**** En valores corrientes, tasa de crecimiento del PIB anual igual al 6,0% a partir del 2011.

Focalización de 10,0% exclusión y 20,0% de inclusión.

Fuente: elaboración propia con base en datos de la Encuesta Permanente de Hogares, EPH, 2008

Conclusión

Se puede concluir, finalmente, la existencia de una serie de aspectos que deberían ser reconsiderados en torno a la ley y sus mecanismos de aplicación.

Es sabido que deben realizarse grandes esfuerzos para lograr cambios en los porcentajes de pobreza de un país. En este sentido, la pensión no contributiva logra reducir el porcentaje de pobreza en cierto grado; no obstante, sería necesario replantear la legislación a modo de aumentar la eficiencia de la medida. Una opción sería restringir la transferencia a personas en situación de extrema pobreza.

Se sugiere también realizar un análisis comparativo del impacto entre una pensión universal y una focalizada, como es la del presente caso, ya que con la primera se reorientarían los costos de la focalización y se evitaría el riesgo de que los beneficiarios de la pensión prefirieran mantener su condición de pobreza con el solo fin de seguir percibiendo el subsidio.

Además se recomienda replantear el sistema de seguridad social nacional y analizar la incorporación de los trabajadores por cuenta propia a modo de crear un sistema de aporte que les asegure una jubilación al retirarse.

En términos de fuentes de financiamiento, en las etapas iniciales sería fundamental la ayuda no reembolsable de los organismos de cooperación internacional hasta evaluar la posibilidad de aplicar algún impuesto a sectores económicos de altos ingresos o al consumo de bienes suntuarios.

Bibliografía

- Barrientos, A. (2007). «Nuevas estrategias de seguridad del ingreso en la vejez para los países de bajos ingresos», Comisión Técnica del Seguro de Vejez, Invalidez y Sobrevivientes, Foro Mundial de la Seguridad Social, Moscú, 10-15 de septiembre de 2007.
- Brodersohn, V. (s.f.) «Focalización de programas de superación de la pobreza», en <www.iin.oea.org/Cursos_a.../Focalizacion_de_los_programas.pdf>, acceso 16 de mayo de 2010.
- Céspedes, R. (1996). «Derecho a la Seguridad Social. Informe sobre los Derechos Humanos en Paraguay», en <<http://www.derechos.org/nizkor/paraguay/ddhh1996/segsoc.html>>, acceso 15 de junio de 2010.
- Clark, F.; Mendoza de Souza, W.; Durán, V. *et al.* (2009). «Envejecimiento con dignidad Pensiones no contributivas para reducir la pobreza en el Perú», Cáritas del Perú/UNFPA/Help Age International/Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza/OIT, Lima.
- Holst, J. (2004). *La protección social en Paraguay: Condiciones, problemas, desafíos y perspectivas de los sistemas de previsión*, Secretaría Técnica de Planificación, República del Paraguay/ GTZ, s/l.
- Paraguay. Congreso de la Nación Paraguaya (2009). *Ley N° 3728 Del derecho a la pensión alimentaria para las personas adultas mayores en situación de pobreza*, Asunción, 24 de agosto de 2009.
- Paraguay. Presidencia de la República (1992). *Constitución nacional*.
- Paraguay. Presidencia de la República, Ministerio de Hacienda, Decreto N° 2050 Por el cual se objeta totalmente el proyecto de Ley N° 3728/2009 «Que establece el derecho a la pensión alimentaria para las personas adultas mayores en situación de pobreza». Asunción, 18 de mayo de 2009.
- Paraguay. STP/DGEEC (2005). *Paraguay, Proyección de la Población Nacional por Sexo y Edad, 2000-2050*, Fernando de la Mora, DGEEC.
- (2007). *Estadísticas recientes sobre pobreza, Encuesta Permanente de Hogares 2007*, Fernando de la Mora, DGEEC.
- (2008). *Encuesta Permanente de Hogares, EPH 2008*. Procesamiento propio.
- (2009). *Mejora de la metodología de medición de pobreza en Paraguay; Resultados 1997-2008*, Fernando de la Mora, DGEEC.
- Robles, M. (2001). «Pobreza y Gasto Público en Educación en Paraguay», en *Economía y Sociedad*, n.º 3, pp. 7-33.

Previdência social, renda e gênero: simulações para aposentados e pensionistas no Brasil¹

Izabel Guimarães Marri²

Simone Wajnman³

Mônica Viegas Andrade⁴

Resumo

O exercício efetuado neste trabalho busca verificar como possíveis modificações nas regras de aposentadoria e pensão por morte poderiam afetar as iniquidades de gênero na renda dos idosos. Adicionalmente aos efeitos nos diferenciais de rendimentos, procurou-se contrapor o potencial impacto no orçamento da Previdência para cada uma das propostas de mudança frequentemente mencionadas como necessárias. As mudanças analisadas foram: 1) aumento da idade mínima para aposentadoria por idade das mulheres; 2) aumento do tempo de contribuição das mulheres, 3 e 4) adoção de uma idade mínima para aposentadoria por contribuição de homens e mulheres; 5) redução do valor da pensão por morte, de acordo com a idade dos filhos; 6) impossibilidade de acumular ambos os benefícios de aposentadoria e pensão (válido para os dois sexos). Os resultados indicam perda relativa da renda das idosas em relação aos idosos, mas indicam também outras dimensões relevantes que devem ser levadas em consideração na implementação das mudanças, como o tamanho do grupo de pessoas diretamente afetado pelas mudanças, o alcance das mudanças nas rendas familiares, além do trade-off entre efeitos no nível de renda e nos gastos (ou arrecadação) do Sistema.

Palavras-chave: previdência social, simulações, gênero.

Abstract

Social Security, income and gender: simulations for retirees and pensioners in Brazil

The aim of this work is to analyze possible impacts over gender inequality due to changes on retirement and death pension rules in the Brazilian Pension System. The changes under study are: 1) increase of the minimum retirement age for women under the minimum age retirement type; 2) increase of the minimum contribution period for women under the minimum age retirement type; inclusion of a minimum age of retirement for (3) men and (4) women under the contribution retirement type; (5) decrease of death pension condition to age of children; 6) impossibility of accumulating both benefits of death pension and retirement. In order to counterbalance the effects over income differentials we indicate possible impacts on the System Budget of each one of the rules usually mentioned by experts as necessary to be changed. The results indicate loss in income of elder women relative to elder men, but also indicate relevant dimensions that might be taken into account when implementing changes on the Pension System's rules, as of the size of the group directly affected by each change, the effects over family income (not only individual income), and also the trade off between income effects and the revenues and expenses of the System.

Keywords: Brazilian Pension System, gender, inequality.

-
- 1 Artigo desenvolvido com o apoio da FAPEMIG, por meio do financiamento de Bolsa de Pós-doutorado de Izabel Guimarães Marri.
 - 2 CEDEPLAR/UFMG, belmarri@gmail.com.
 - 3 CEDEPLAR/UFMG, wajnman@cedeplar.ufmg.br.
 - 4 CEDEPLAR/UFMG, mviegas@cedeplar.ufmg.br.

Introdução

O eminente envelhecimento populacional e a elevada informalidade das relações de trabalho, que afetam quase todos os países do mundo, suscitam discussões sobre a solvência dos sistemas de pensão e a necessidade de reformá-los. No Brasil, apesar do envelhecimento populacional ser um problema real, que ganhará mais importância nos próximos anos, o déficit do Sistema já alcançava 4,1% do PIB, ou R\$ 94,9 bilhões, em 2006 (Brasil, 2008). As razões para o atual e crescente déficit da Previdência Social brasileira são várias e estão relacionadas com a dinâmica do mercado de trabalho (altas taxas de informalidade e baixo crescimento econômico do país), grandes desigualdades entre as regras e os benefícios dos regimes do funcionalismo público e da iniciativa privada. Além disso, as regras de acesso aos benefícios são consideradas por muitos analistas benevolentes na comparação internacional (Rocha e Caetano 2008; Caetano 2006). Diante desse cenário, e já antevendo o maior envelhecimento populacional do futuro próximo, muitos especialistas discutem sobre a necessidade de outra reforma no Sistema de Previdência Social brasileira.

Uma reforma de um sistema deficitário como o do Brasil é extremamente importante para garantir a sua continuidade ao longo do tempo. É necessário, por um lado, aumentar as contribuições via expansão do mercado de trabalho formal e, por outro, reduzir as despesas com benefícios pagos. Em um sistema de repartição como o brasileiro, deve-se também visar uma maior justiça atuarial para seus participantes (atuais e futuros), de forma que estes recebam um retorno financeiro condizente com as contribuições efetuadas durante a vida e decidam por manter-se no Sistema.

No entanto, concomitantemente às questões fiscal, orçamentária e atuarial, há uma outra, também de grande importância, que vem ganhando espaço no debate nacional e internacional sobre as reformas dos sistemas de pensão, mas cujos trabalhos empíricos ainda são escassos: o caráter de proteção social aos grupos economicamente mais vulneráveis e como essa proteção pode ser alterada com uma reforma.

Dentro desse tema, o presente estudo busca analisar o tratamento diferenciado por sexo para alguns benefícios pagos pela Previdência Social brasileira, a importância que têm na redução das desigualdades de renda de idosas e idosos, e mensurar o possível efeito de algumas propostas de reforma sobre o diferencial de rendimentos por sexo na velhice. Com base em trabalhos que estimam efeitos fiscais ou

orçamentários de alterações nas regras de elegibilidade aos benefícios previdenciários brasileiros (a saber, Giambiagi, 2000; Giambiagi *et al.*, 2004; Giambiagi *et al.*, 2007; Giambiagi *et al.*, 2007b), estimamos, por meio de microssimulações contrafactuais, de que forma algumas das modificações propostas por especialistas poderiam afetar as iniquidades de renda entre os sexos na velhice, incorporando mais uma dimensão relevante para a avaliação das propostas de reforma do sistema. As mudanças analisadas foram: 1) aumento da idade mínima para aposentadoria por idade das mulheres; 2) aumento do tempo de contribuição das mulheres, 3) adoção de uma idade mínima para aposentadoria por contribuição de homens e mulheres; 5) redução do valor das pensões de acordo com o número e idade dos filhos; 6) impossibilidade de acumular ambos os benefícios de aposentadoria e pensão (válido para os dois sexos).

Adicionalmente aos efeitos na renda, procurou-se estimar e contrapor o potencial impacto fiscal e orçamentário da Previdência para cada uma das propostas de mudança frequentemente mencionadas como necessárias. A base de dados utilizada foi a Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílios (PNAD) de 2006, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística — IBGE — e dados administrativos do Ministério da Previdência Social também foram utilizados como premissas para os exercícios contrafactuais.

Como já bem documentado na literatura — apesar do aumento da participação das mulheres do mercado de trabalho brasileiro ao longo das últimas décadas e da redução dos diferenciais salariais observados entre os sexos —, as diferenças de gênero no mercado de trabalho e nas atividades domésticas ainda são grandes, e direcionam as mulheres para ocupações de pior qualidade, que oferecem jornadas de trabalho mais reduzidas e menor proteção previdenciária (Lavinias e Dain, 2005: 32, citando Sorj, 2004). Como reflexo dessa atuação diferenciada no mercado de trabalho (menor atividade econômica, jornadas de trabalho mais curtas, segregação ocupacional com menores salários e menor proteção previdenciária) as mulheres recebem menores aposentadorias, são mais dependentes das pensões por morte que recebem dos maridos, além de constituírem o maior grupo de beneficiários do benefício de Assistência Social ao idoso (BPC) (Brasil, 2007). A maior expectativa de vida ao nascer das mulheres⁵ considerada um dos principais fatores que causam o desequilíbrio atuarial entre os sexos na Previdência Social, também indica que elas precisarão se manter por um maior

5 Em 2008, a diferença entre os sexos na expectativa de vida ao nascer de 7,5 anos, estimada em 76,8 anos para as mulheres e de 69,3 anos para os homens.

tempo de vida, em uma idade em que os cuidados com a saúde tendem a ser ainda mais caros. Visto dessa maneira, as mulheres constituem um grupo vulnerável em termos de renda na velhice, que atualmente conta com a proteção social oferecida pelo Sistema.

É importante enfatizar que analisamos os efeitos de uma possível reforma somente sob o ponto de vista da proteção social, em que se considera o nível de renda relativo de homens e mulheres, antes e pós-alterações em um determinado mês. Sob o ponto de vista atuarial, análise que não considera o nível de renda de um dado período (mês ou ano, por exemplo), mas sim todas as contribuições e os benefícios pagos e recebidos durante o ciclo de vida do indivíduo representativo de um determinado grupo, as mulheres têm ganhos atuariais em relação aos homens.⁶ Elas contribuem por menos tempo (devido às regras diferenciadas por sexo) e gozam por mais tempo dos benefícios recebidos (devido à maior sobrevivência em relação aos homens). Nessa comparação, os ganhos atuariais das mulheres são financiados pelas perdas atuariais dos homens, que contribuem com mais do que recebem em benefícios. Dessa maneira, as análises da proteção social e da justiça atuarial indicam resultados opostos para o problema da desigualdade de gênero nos sistemas de pensão. No estudo aqui realizado, partimos do princípio de que as alterações analisadas têm como característica restringir o pagamento dos benefícios em tempo ou valor, ajustando contribuições efetuadas e benefícios recebidos. Se as mulheres são o principal grupo atingido com as mudanças, do ponto de vista atuarial, as modificações devem tornar o sistema mais justo entre os sexos. Isso posto, interessa-nos saber o que ocorre com o nível de renda das idosas, vis-à-vis a renda dos idosos, se as alterações forem implementadas.

Na prática, qualquer alteração nas regras de concessão de benefícios deve ter um prazo para entrada em vigor, além de um prazo gradual de implementação para que a proposta seja aceita e aprovada pela população e pelo próprio Governo. Para que sejam politicamente viáveis, as reformas também precisam respeitar os direitos adquiridos dos atuais beneficiários, conservando, para estes, as regras atuais, e, para os que já estão no sistema como contribuintes, as regras de transição. Os trabalhos que propõem alterações nas regras dos benefícios sugerem que elas sejam implementadas em um prazo entre 10 e 15 anos, alterando-se os parâmetros lentamente ao longo do tempo. No exercício aqui proposto, no entanto, optou-se por estimar

6 Para os Estados Unidos ver, por exemplo, Liebman 2002; para o Brasil, ver Fernandes (1993), World Bank (1995).

qual seria o impacto de alterações nas regras previdenciárias nos diferenciais de renda, vis-à-vis a potencial redução no déficit orçamentário, se as alterações tivessem sido aplicadas ao cenário (demográfico e econômico) de 2006 e, findo o processo de transição, até que todos os beneficiários, sob as regras antigas, estivessem fora do sistema. Essa opção deve-se à dificuldade de estimar, para a população projetada, as inúmeras possibilidades de mudanças populacionais atreladas a mudanças macroeconômicas e comportamentais dos indivíduos no longo prazo e, conseqüentemente, da dificuldade de atribuir rendimentos aos indivíduos e às suas famílias para cada período projetado. Deve-se, então, ter em mente que as simulações referem-se a uma população hipotética que detém todas as características demográficas e socioeconômicas do Brasil de 2006. Apesar dos resultados apurados neste exercício não revelarem os verdadeiros números que serão de fato experimentados com a implementação das novas regras ao longo do tempo, eles são válidos na avaliação das políticas, pois mostram as tendências para as quais apontam cada uma das mudanças propostas. O exercício também é elucidativo quanto ao trade-off entre possíveis efeitos sobre a redução de despesas previdenciárias e a redução no nível de renda dos indivíduos.

Diferenciais de gênero nos benefícios previdenciários e nos rendimentos individuais totais

A Previdência Social cobre parcela relevante da população idosa (indivíduos com 60 anos e mais), com pequena diferença entre os sexos, tendo em vista os diferenciais conhecidos entre homens e mulheres no mercado de trabalho. Em 2006, 79,2% dos homens e 74,8% das mulheres recebiam pensão ou aposentadoria (PNAD, 2006), o que seria resultado da maturidade dos programas contributivos e da expansão de programas não contributivos da Previdência Social desde a década de 1970 (Silva e Schwarzer, 2002; Camarano e Pasinato, 2002:10).

Como reconhecimento pela menor ou mais fragmentada atuação no mercado de trabalho, ou como uma ação afirmativa na equiparação de direitos e condições, mulheres e homens recebem tratamentos diferenciados na Previdência Social brasileira no âmbito das regras de aposentadoria (Silva e Schwarzer, 2002). As mulheres podem se aposentar com um bônus de 5 anos em relação aos homens, tanto para aposentadoria pelo critério de Tempo de Contribuição (30/35 mulheres/homens), quanto pelo critério de Idade Mínima (60/65 mulheres/homens da área urbana e 55/60, na área rural). A

sobrevida feminina não é considerada no cálculo dos benefícios das mulheres, uma vez que se utiliza a tábua de vida para ambos os sexos no fator previdenciário. Além disso, os professores do ensino básico ainda possuem um bônus de 5 anos para aposentadoria por tempo de contribuição ou idade, fazendo com que as mulheres (a grande maioria dos professores) gozem de um desconto de 10 anos em relação aos demais trabalhadores (ou 5 em relação às demais trabalhadoras) (Brasil, 2007). Observa-se, no entanto, que mesmo com regras que compensem os diferenciais de atuação das mulheres no mercado de trabalho, as aposentadorias auferidas por elas são inferiores às dos homens.

De acordo com a tabela 1, em 2006, as aposentadorias por Tempo de Contribuição eram pagas majoritariamente para os homens (76,0%) e em valor 26,0% superior ao pago às mulheres. As aposentadorias por Idade Mínima, reconhecidamente pagas àqueles trabalhadores com carreiras menos estáveis e com menores rendimentos, eram majoritariamente pagas às mulheres (62,0%). Os homens, contudo, recebiam em média valores maiores para as aposentadorias por Idade Mínima em relação às mulheres (11,0% superior). A tabela 1 também indica que 88,0% das pensões por morte e 56,0% dos Benefício de Amparo ao Idoso (BPC do Idoso) são pagas às mulheres, reforçando a ideia de dependência destas à renda de outros entes familiares ou de um benefício da assistência social.

Análise similar pode ser feita por meio da composição do valor médio do benefício previdenciário mensal recebido.⁷ Os pesos das pensões por morte e das aposentadorias por Idade Mínima perfazem 68,0% do valor total médio do benefício feminino, sendo que as aposentadorias por Tempo de Contribuição têm peso pequeno (7,0%). Para os homens, as aposentadorias por Tempo de Contribuição e por Idade Mínima, perfazem 52,0% do valor médio total e as pensões apresentam peso reduzido (7,0%) (tabela 1).

7 Note-se que a comparação entre os valores médios mensais dos benefícios de homens e mulheres têm por objetivo captar somente diferenças nos rendimentos correntes e não considera diferenças acumuladas ao longo do ciclo de vida. Os benefícios mensais médios de aposentadoria recebidos pelas mulheres tendem a ser inferiores aos dos homens devido às diferenças nas formas de inserção no mercado de trabalho – menor nível de atividade econômica, menores jornadas de trabalho e menores salários femininos. Por outro lado, como as mulheres se aposentam mais cedo e vivem por mais tempo, gozando portanto dos benefícios por um período mais prolongado, o total de rendimentos previdenciários recebidos pelas mulheres pode ser maior do que o masculino. Adicionalmente, considerando-se as contribuições pagas, os ganhos relativos das mulheres serão ainda maiores, já que suas contribuições tendem a ser menores e por um período mais curto de tempo. A perspectiva de diferenciais contabilizados no ciclo de vida, no entanto, foge ao escopo desse trabalho.

Tabela 1. Brasil, 2006: composição do valor médio dos benefícios ativos (estoque) recebidos por homens e mulheres, segundo tipo de benefício. RGPS

<i>Distribuição por tipo de benefício Ativo</i>	<i>Distribuição dos benefícios pagos</i>			<i>Composição do valor do benefício médio</i>		<i>Valor médio (R\$)</i>		
	<i>Homens (H)</i>	<i>Mulheres (M)</i>	<i>Total</i>	<i>H</i>	<i>M</i>	<i>H</i>	<i>M</i>	<i>H/M</i>
Pensoes por morte*	12%	88%	100%	7%	37%	477,7	477,7	1,00
Aposentadoria por Tempo Contribuição	76%	24%	100%	28%	7%	1.092,9	865,8	1,26
Aposentadoria por Idade	38%	62%	100%	24%	31%	404,7	365,1	1,11
Benefícios de Amparo ao Idoso	44%	56%	100%	5%	5%	350,0	350,0	1,00
Benefício de Amparo ao Portador de Deficiência	53%	47%	100%	7%	5%	350,0	350,0	1,00
Outros**	59%	41%	100%	28%	15%	598,3	440,2	1,36
Total	44%	56%	100%	100%	100%	653,3	451,5	1,45

*Não há informação do valor pago por pensões separado por sexo, apenas quantidades.

** Se refere a: Auxílio Doença, Auxílio Reclusão, Auxílio Acidente, Salário Maternidade, Auxílio Doença Acidentário, Auxílio Acidente e Suplementar Acidentário, Aposentadorias Acidentárias, Rmv Invalidez.

Fonte: DATAPREV, SUB, Plano Tabular da DIIE.

A análise da distribuição dos novos benefícios concedidos, e não do estoque de benefícios como mostrado na tabela 1, mostra maior participação das mulheres (35,0%) no recebimento das aposentadorias por Tempo de Contribuição e menor participação (59,0%) nas aposentadorias por Idade (dados não mostrados). O aumento relativo das mulheres no recebimento das aposentadorias por Tempo de Contribuição (e a redução nas aposentadorias por Idade Mínima) pode ser o reflexo do observado avanço das próprias mulheres no mercado de trabalho (nível de atividade, ocupação e formalização das relações de trabalho). No entanto, essa afirmativa deve ser corroborada com análises de outros pontos no tempo, e os determinantes para tal aumento devem ser mais bem pesquisados, já que, como se trata de uma distribuição que soma 100,0%, a redução da participação de um grupo necessariamente aumenta a participação do outro grupo, e não se pode descartar uma possível deterioração das relações de trabalho que tivesse afetado principalmente os homens (menor nível de atividade, informalidade, entre outros). De toda forma, é importante registrar que, mesmo entre as novas aposentadorias pagas, o diferencial

de gênero ainda é favorável aos homens (para as aposentadorias por Idade Mínima a razão H/M é de 1,06, e entre as aposentadorias por Tempo de Contribuição, a razão H/M de 1,33 — dados não mostrados na tabela).

Ao mesmo tempo em que recebem benefícios menores, as mulheres apresentam maior dependência à renda previdenciária, comparativamente aos homens, na composição de seu rendimento médio. A tabela 2 mostra a composição da renda média de homens e mulheres por grandes grupos etários. Os dados indicam o menor peso do rendimento do trabalho das mulheres de 20-59 anos (chamadas «adultas») em relação aos homens adultos, e a maior participação da renda previdenciária na renda total de mulheres com 60 anos e mais («idasas»), em relação aos idosos. Entre os adultos, o diferencial no percentual de pessoas com renda igual a zero reflete as diferenças dos níveis de atividade e desocupação de homens e mulheres: 46,7% das mulheres não possuíam rendimento do trabalho (não trabalhavam ou não recebiam remuneração — dado não mostrado na tabela) e 29,6% não possuíam renda de qualquer fonte (tabela 2). Entre os homens, 17,4% não possuíam renda do trabalho (dado não mostrado na tabela) e apenas 11,7% não possuíam renda de qualquer fonte (tabela 2). O rendimento médio do trabalho das mulheres era de R\$ 404 (15,0% maior do que o salário mínimo vigente na época da pesquisa), menos da metade do rendimento médio masculino.

Tabela 2. Brasil, 2006: renda média individual de todos os trabalhos, aposentadoria, pensão e outras rendas, composição da renda total, percentual de pessoas com renda zero, segundo grupo de idade e sexo

<i>Tipo de Renda</i>	<i>Renda média (R\$)</i>		<i>Participação na renda total</i>	
	<i>Homem</i>	<i>Mulher</i>	<i>Homem</i>	<i>Mulher</i>
20-59 anos				
renda de todos os trabalhos	871,3	404,1	91,1%	80,4%
renda de aposentadoria	49,4	30,2	5,2%	6,0%
renda de pensão	3,8	25,5	0,4%	5,1%
outras rendas	31,7	42,9	3,3%	8,5%
renda total	956,2	502,6	100,0%	100,0%
% de pessoas com renda total igual a zero	11,7	29,6		
60 e mais				
renda de todos os trabalhos	388,5	67,3	34,0%	10,5%
renda de aposentadoria	635,6	302,7	55,6%	47,1%
renda de pensão	18,3	207,6	1,6%	32,3%
outras rendas	100,0	64,4	8,8%	10,0%
renda total	1.142,3	642,0	100,0%	100,0%
% de pessoas com renda total igual a zero	3,0	13,51		

*As rendas médias incluem as pessoas que possuem renda zero.

**Outras rendas incluem renda de aluguel, abonos, transferências (incluindo o BPC).

Fonte: PNAD 2006

Para as idosas, cerca de 80,0% de sua renda total correspondiam a benefícios de aposentadoria e pensão, 10,5% se referiam à renda do trabalho e 13,5% destas mulheres não tinham nenhum tipo de rendimento. Por outro lado, para os idosos, sobressaem os pesos dos rendimentos do trabalho (34,0%) e de aposentadoria (55,6%) no seu rendimento médio total, e apenas 3,0% destes não possuíam rendimento de nenhuma espécie. O valor da renda média total das idosas correspondia a 56,0% da renda média dos idosos (tabela 2).

Turra, Marri e Wajnman (2008) testam, por meio de uma regressão logística, a importância da renda da Previdência Social e dos rendimentos e composição familiar na probabilidade de ser pobre, considerando adultos e idosos, segundo o sexo. Além das variáveis comumente reconhecidas como determinantes do nível de renda familiar [anos de estudo, idade, cor/raça, situação censitária (rural/urbano) e grande regiões de residência], o modelo considerou interações entre as variáveis de sexo, idade, renda per capita dos demais membros da família e ser ou não beneficiário da Previdência Social. Os resultados confirmaram que a previdência social tem papel protetor importante para ambos os sexos, mas significativamente maior

para as mulheres. Entre essas, a probabilidade de ser pobre é maior entre as adultas do que entre as idosas. Além disso, a estrutura familiar mostrou-se significativa para a redução da pobreza entre as mulheres, embora essa dimensão tenha um efeito protetor muito pequeno para as idosas. As mulheres adultas dependem da renda de outros membros da família para não ficarem abaixo da linha de pobreza. Tais mulheres formam, entre todos os grupos da população examinados no modelo, aquele com maior risco de ser pobre. Os efeitos combinados de estrutura familiar e previdência social, com destaque para este último, colocam as idosas em menor chance de ser pobres em relação aos homens idosos.

De todo o exposto acima, parece razoável concluir que as mulheres são mais vulneráveis à pobreza e que as idosas são mais dependentes não só à renda de aposentadoria, como também à renda de pensão. O avanço das mulheres no mercado de trabalho, permitindo-lhes carreiras mais longas e estáveis, certamente fará com que muitas se aposentem e garantam seu próprio benefício previdenciário na velhice. No entanto, muitas ainda continuarão enfrentando situações de descontinuidade de seus empregos devido às funções ligadas à maternidade e ao cuidado com filhos, além das condições adversas ainda encontradas no mercado de trabalho, (diferenças salariais, informalidade, não cobertura previdenciária etc). Também deve ser considerado que, cada vez mais, um número maior de casamentos termina em divórcio, que o número de famílias cujas mulheres são as únicas responsáveis (mulheres sem cônjuge, principalmente em famílias com presença de filhos) tem crescido (Medeiros e Osório, 2000), o que indica que, no futuro, mais mulheres não contarão com a proteção da pensão de maridos quando de seu envelhecimento. Como reflexo do envelhecimento populacional, haverá maior número de entes idosos que necessitam de cuidados que, se não prestados pelo Estado e se não houver uma melhor distribuição dos afazeres domésticos entre os sexos, serão feito pelas mulheres, o que também reduzirá, cada vez mais, o tempo disponível para o trabalho remunerado no mercado de trabalho. Alterações nas políticas dos benefícios de Previdência Social que não considerarem os diferenciais de gênero no histórico laboral podem ter resultados adversos sobre o bem-estar das mulheres e de suas famílias, além do resultado positivo e esperado de reduzir as despesas do Sistema.

Simulações de alteração nas regras de concessão dos benefícios

As mudanças nas regras de acesso aos benefícios simuladas neste trabalho estão listadas a seguir. No quadro 1, faz-se uma síntese dessas alterações ao lado das regras vigentes em 2006. Cada uma das mudanças aqui contempladas foi obtida (total ou parcialmente) de trabalhos que analisam os crescentes déficits orçamentários da Previdência Social e que sinalizam possíveis mudanças para reduzi-lo. Uma versão mais completa das simulações efetuadas pode ser encontrada em Marri (2009) e inclui, além das simulações aqui mostradas, simulações com o BPC (Benefício de Amparo ao Idoso) e com o valor do Salário Mínimo.

Quadro 1. Regras atuais de acesso a aposentadoria e pensão e modificações analisadas

<i>Regra atual</i>	#	<i>Modificação analisada</i>
Aposentadoria por idade		
Idade Mínima: Mulheres: 60 / 55 anos (urbano/rural) Homens: 65 / 60 anos (urbano/rural)	1	Idade Mínima: Mulheres: 63 anos (urbano)
Aposentadoria por Tempo de Contribuição		
Tempo mínimo de contribuição: Mulheres: 30 anos (urbano) Homens: 35 anos (urbano)	2	Tempo mínimo de contribuição: Mulheres: 35 anos (urbano)
	3	Idade Mínima: Mulheres: 61 anos
Idade Mínima: não há	4	Idade Mínima: Homens: 65 anos
Pensão por morte		
Não há restrições em acumular os benefícios de pensão e aposentadoria; O valor do benefício corresponde a 100% do valor do salário ou aposentadoria a que o (a) beneficiário (a) teria direito em vida	5	Reduzir o valor das pensões para 80%, respeitando o piso previdenciário, com aumento de 10% por cada filho menor que 21 anos de idade, atingindo o valor máximo de 100%.
	6	Manter a renda de pensão ou aposentadoria – das duas, a maior.

Fonte Regras Atuais: Brasil, 2007

Entre os critérios de concessão de aposentadorias em discussão no país e no mundo, talvez a mudança cujo efeito positivo nas contas do Sistema seja mais facilmente apreendido é a de elevação da idade mínima de aposentadoria para ambos os sexos. Elevar a idade mínima ou aumentar o tempo mínimo de contribuição necessário para requerer o benefício, aumenta o tempo potencial de contribuição e reduz o tempo de gozo do benefício, melhorando tanto as receitas de

contribuição, quanto reduzindo as despesas com benefícios pagos. Além disso, em um sistema atuarialmente justo, quanto maior o Tempo de Contribuição, maiores devem ser os benefícios recebidos, sendo uma alternativa interessante também para quem os recebe.

No Brasil, especificamente, os argumentos de aumento da idade mínima de aposentadoria (para ambos os sexos) se baseiam no fato de o país apresentar, ao mesmo tempo, enorme déficit previdenciário, além de uma das idades de aposentadoria mais baixas do mundo. Essa situação é ainda mais clara quando se considera a aposentadoria por Tempo de Contribuição, em que os aposentados não possuem um limite mínimo de idade e podem se aposentar mais cedo e com maiores benefícios do que os aposentados pelo critério de Idade Mínima, sendo claramente um benefício destinado às pessoas financeiramente privilegiadas, o que acentua o quadro de desigualdade de renda do país (Além, Pastoriza e Giambiagi, 1996; Rocha e Caetano, 2008; Giambiagi *et al.*, 2004, entre outros).

A idade mínima para aposentadoria no Brasil, para aqueles que se aposentam pelo critério de aposentadoria por idade, é de 65 e 60 anos para homens e mulheres urbanos, respectivamente, e 60 e 55 anos, homens e mulheres trabalhadores rurais, observando a carência de 180 meses de contribuição mensal para trabalhadores urbanos ou 180 meses de trabalho no campo para os trabalhadores rurais. Para aposentadoria pelo critério de Tempo de Contribuição, os homens devem contribuir por um mínimo de 35 anos e as mulheres por 30 anos, e não há idade mínima requerida para aposentadorias integrais. Os professores dos níveis fundamental e médio gozam de um bônus de 5 anos para aposentadoria por Tempo de Contribuição, e podem requerer aposentadoria após 30/25 anos de contribuição (homens/mulheres), desde que comprovem tempo exclusivo de docência em sala de aula (§ 8º, artigo 201 da Constituição Federal e artigo 56 da Lei n.º 8.213/91). Como resultado, a idade média de novas aposentadorias efetivamente concedidas por Tempo de Contribuição, em 2007, por exemplo, era de 54 e 51 anos, para os homens e mulheres, respectivamente, e para a aposentadoria por Idade, 66 e 62 anos, respectivamente (Brasil, 2008).

Na comparação internacional, o caso do Brasil é um dos poucos em que é possível se aposentar sem uma Idade Mínima. As mulheres e os homens que se aposentam por Tempo de Contribuição no Brasil o fazem, em média, 9 e 8 anos mais jovens, respectivamente, do que a média dos seus pares na América Latina (ou 11 e 10 anos mais jovens do que seus pares da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico — OCDE), com duração do tempo médio de

gozo da aposentadoria, 10 anos maior (para os dois grupos de países e para ambos os sexos) (Rocha e Caetano, 2008:19). Com relação à aposentadoria pelo critério de Idade Mínima, a maioria dos países tem igualadas as idades de aposentadoria de homens e mulheres (como Uruguai, Alemanha, Canadá e México, 60 anos; EUA, 62 anos; Noruega 67 anos), mas há alguns que mantêm a diferença entre os sexos (como Argentina, Chile e Áustria, 65/60, e Bélgica 65/64, homens/mulheres, respectivamente) (SSA, 2008). Os argumentos para a redução do diferencial entre os sexos, além de seguir a tendência internacional, recaem sobre o peso orçamentário de manter as aposentadorias precoces das mulheres (Giambiagi, 2000: 16) e dos ganhos atuariais que elas detêm relativamente aos homens.

Quanto aos benefícios de pensão por morte no Brasil, em sua maioria recebido pelas mulheres, as críticas recaem no fato de não haver restrição para o pagamento dos benefícios: não há idade mínima nem máxima necessária; não requer carência contributiva; não está vinculado ao número de filhos, muito menos à idade destes quando da morte do pai ou da mãe; pode ser acumulado à aposentadoria e é equivalente a 100,0% do valor do benefício ou do salário a que o segurado tinha direito antes de morrer. Por isso, é considerado um dos mais benevolentes do mundo (Giambiagi *et al.*, 2007: 25; Tafner, 2007: 10). Em 2007, as despesas com pensões por morte no Brasil corresponderam a R\$ 2.855 milhões de reais, equivalente a 21,0% dos benefícios ativos totais pagos pelo INSS (Brasil, 2007). Dada a relevância dos gastos com as pensões, e tomando como exemplo as diferenças existentes em outros países, propomos para este exercício a análise dos efeitos das seguintes alterações: (1) reduzir o valor das pensões para 80,0%, independentemente da idade do beneficiário, com aumento de 10,0% por cada filho com menos de 21 anos de idade, atingindo o valor máximo de 100,0%; (2) manter a renda de pensão ou aposentadoria — das duas, a maior.

Metodologia

Efetuamos exercícios contrafactuais no nível micro (indivíduos), a partir dos quais se atribuiu, a cada indivíduo, benefícios previdenciários e renda do trabalho diferentes daqueles observados, criando uma base de microdados hipotéticos. A base de dados utilizada nas simulações deste exercício é a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), pesquisa amostral com representatividade para o Brasil, Grandes Regiões, Unidades da Federação e nove Regiões Metropolitanas para o ano de 2006. Foram também utilizados dados disponíveis

no sítio do Ministério da Previdência Social (acesso ao banco de dados INFOLOGO, o Anuário Estatístico da Previdência Social — AEPS, e o Boletim Estatístico da Previdência Social — BEPS) referentes a 2006 e 2007, quando necessário.

O principal ponto positivo na metodologia das microssimulações, utilizada neste trabalho, é a possibilidade de mudar os parâmetros de interesse para cada indivíduo da base de dados sem a necessidade de atribuir valores médios para toda a população. Entre as principais limitações no método, o resultado obtido será dependente da ordem em que são feitas as simulações (no caso de alterações simultâneas de mais de um parâmetro), pois o resultado de uma alteração é o ponto de partida para a alteração subsequente. Além disso, a metodologia apenas permite estimar o efeito direto das modificações e não os efeitos secundários, que também devem ser modelados para serem captados nas simulações. Por exemplo, elevar a Idade Mínima de aposentadoria não terá efeitos secundários sobre a oferta de mão de obra de pessoas acima de certa idade, a menos que isso também seja determinado como uma modificação a posteriori.

No Brasil, entre os trabalhos que utilizam as microssimulações para avaliar impactos de políticas de Previdência Social, pode-se citar Zylberstajn, Afonso e Souza (2005) que, com dados da Pesquisa Nacional por Amostra por Domicílio (PNAD) 2001, verificam o custo de transição do modelo previdenciário atual para um sistema universal; Afonso, Zylberstajn e Souza (2006), que usam as microssimulações e dados da PNAD 2004 para estimar os impactos fiscais de variações no valor do salário mínimo e nas regras de aposentadoria pelo critério de Idade Mínima e tempo mínimo de contribuição de homens e mulheres; e Giambiagi *et al.* (2007c), que aplicam as alterações propostas em Giambiagi *et al.* (2004) no instrumental desenvolvido em Afonso, Souza e Zylberstajn (2006). Giambiagi *et al.* (2007c) projetam a população observada em 2005 até 2050 e simulam a trajetória no mercado de trabalho dos indivíduos, incluindo os novos entrantes no mercado de trabalho após este ano. Os resultados indicam que o crescimento do piso previdenciário a taxas similares ao crescimento do PIB ou ao crescimento da renda per capita (nessa ordem) são os fatores preponderantes de aumento do déficit do Sistema. Com relação à dívida atuarial (calculada pelos fluxos de benefícios menos contribuições, trazidos a valores presente de 2005), um conjunto de alterações propostas reduziria a dívida de 40,0% a 60,0% (dependendo do cenário de crescimento do PIB e do salário mínimo), sendo os fatores mais importantes para a sua redução a adoção de uma idade mínima para aposentadoria dos trabalhadores da ativa de 64 anos, a idade míni-

ma de 67 anos para os novos entrantes no mercado de trabalho, o aumento da idade para obtenção do BPC para 70 anos, assim como a redução de 25,0% do seu valor. Medidas como o fim do bônus para as mulheres no fator previdenciário bem como a equalização do tempo de contribuição de mulheres e professores teriam impacto reduzido.

Critérios e premissas adotados

Os dados da PNAD, no que se refere aos beneficiários da Previdência Social, são restritos. Os dados não incluem informações sobre a idade com a qual a pessoa se aposentou, há quanto tempo está aposentada, por qual critério se aposentou (se por contribuição ou Idade Mínima), se é um aposentado pelo Regime Geral ou pelo Regime Próprio dos servidores públicos, se é um aposentado rural ou urbano ou por quanto tempo a pessoa contribuiu antes de se aposentar. Sabe-se apenas que a pessoa já se encontrava aposentada na semana de referência da pesquisa, de forma que os dados revelam o estoque de aposentados em um determinado ano, resultado das várias regras e modalidades de aposentadorias que vigoraram até então. Além disso, os dados referentes às aposentadorias, devido a erros de declaração, podem de fato se referir às pensões (e vice-versa) e a programas de transferências de renda, uma vez que os indivíduos que reportam seu rendimento nem sempre sabem precisamente a origem do benefício. Isto posto, foram adotados algumas premissas e critérios para tornar possível o exercício das simulações. Por falta de espaço, tais critérios e premissas serão apenas citados, sendo que o detalhamento dos passos seguidos pode ser encontrado em Marri (2009, cap. 4).

Adotou-se como premissa que apenas os aposentados que viviam na área urbana, segundo dados da PNAD, teriam as regras de aposentadoria modificadas, já que para os recebedores da aposentadoria rural há uma dinâmica específica de valores dos benefícios e das regras de elegibilidade, diferentes dos aposentados urbanos. O pressuposto é que, embora os critérios de separação entre rural e urbano adotados pela PNAD e pela Previdência Social não sejam iguais, o critério adotado pela PNAD é uma proxy razoável para a separação, haja visto que caracteriza bem os dois grupos (rural e urbano) de aposentados, cuja distribuição se concentra ao redor das idades mínimas de aposentadoria permitidas na lei tanto para os trabalhadores rurais, quanto para os urbanos (Marri, 2009, cap. 4).

Adotou-se também como critério a não separação dos aposentados entre os Regimes Jurídico Único (que atende funcionários públicos) e

Geral de Previdência Social (dos trabalhadores do setor privado), visto que a tendência das reformas já ocorridas é de equalizar as regras de concessão dos benefícios de ambos grupos, e que, no longo prazo, as diferenças tendem a ser reduzidas. Tomou-se o cuidado, no entanto, de excluir os aposentados cuja renda de aposentadoria fosse superior ao teto do RGPS (R\$ 2.801,82, em setembro de 2006), já que estes, pelo direito adquirido, não seriam afetados com as novas regras, evitando-se, assim estimar redução nas despesas da Previdência e efeitos na renda dos beneficiários muito maiores, do que realmente seriam.

Como neste exercício são analisadas modificações nos critérios de aposentadoria segundo o tipo (por Tempo de Contribuição ou Idade Mínima), foi necessário separar as observações da amostra entre aposentados por contribuição, idade, invalidez. Para tanto, utilizamos dados administrativos (distribuição do número de aposentados e os valores médios das aposentadorias por tipo, segundo sexo e grupos de idade quinquenal) que balizaram microssimulações aleatórias na separação dos aposentados nos três grupos.

Uma vez separados, procedeu-se com a alteração dos rendimentos. De forma sucinta, as pessoas que foram submetidas às alterações nas regras tiveram zerados os valores declarados das aposentadorias, ao mesmo tempo em que lhes foi devolvida uma renda do trabalho. A renda do trabalho que foi dada segue a premissa de que, postergando a idade mínima de aposentadoria ou aumentando o tempo de contribuição, os indivíduos mantêm sua condição de atividade e (des)ocupação que tinham antes de se aposentarem. Como a informação quanto ao passado da atividade econômica dos indivíduos não existe na PNAD, considerou-se que o grupo afetado pelas novas regras receberia rendas do trabalho cuja distribuição fosse similar à distribuição das rendas do trabalho do grupo de economicamente ativos (e não aposentados), do mesmo sexo e grupo de idade. Seguindo esse pressuposto, foi-lhes sorteada uma renda aleatória. Assumiu-se que os aposentados por Tempo de Contribuição, submetidos às novas regras, manteriam-se ocupados após a simulação, e que os aposentados por Idade Mínima estariam economicamente ativos após a simulação, podendo estar ocupados ou desocupados (e receber renda igual a zero).

A simulação de aumento do tempo de contribuição das aposentadorias exigiu ainda o uso de parâmetros obtidos nos dados administrativos para transformar a informação de tempo de contribuição (não disponível na PNAD) em idade média estimada de aposentadoria. Os parâmetros utilizados foram a idade média de concessão das aposen-

tadorias ativas por contribuição e o tempo médio de serviço anterior ao início das aposentadorias.

Além dos efeitos relativos na renda de homens e mulheres, os resultados apresentados incluem uma estimativa bastante simplificada da potencial redução das despesas com benefícios e aumento da arrecadação, quando aplicável. A estimativa do percentual de redução das despesas com benefícios nada mais é do que a diferença entre o total dos benefícios recebidos antes e depois de cada simulação efetuada. Para fins de comparação entre as várias alterações de regras, a diferença no total de benefícios recebidos foi dividida pelo total de aposentadorias e pensões declaradas em 2006, e é equivalente a um percentual do total declarado com esses dois benefícios.

O potencial de aumento na arrecadação das alterações nas regras de aposentadoria foi estimado por meio da alíquota média de contribuição, ponderada pelas alíquotas de contribuição informadas pelo Ministério da Previdência e pelas ocupações e renda de todos os trabalhos dos indivíduos, obtidas na PNAD. Essa alíquota média foi então multiplicada pelo somatório da renda do trabalho antes e após cada simulação, e obtida a diferença.

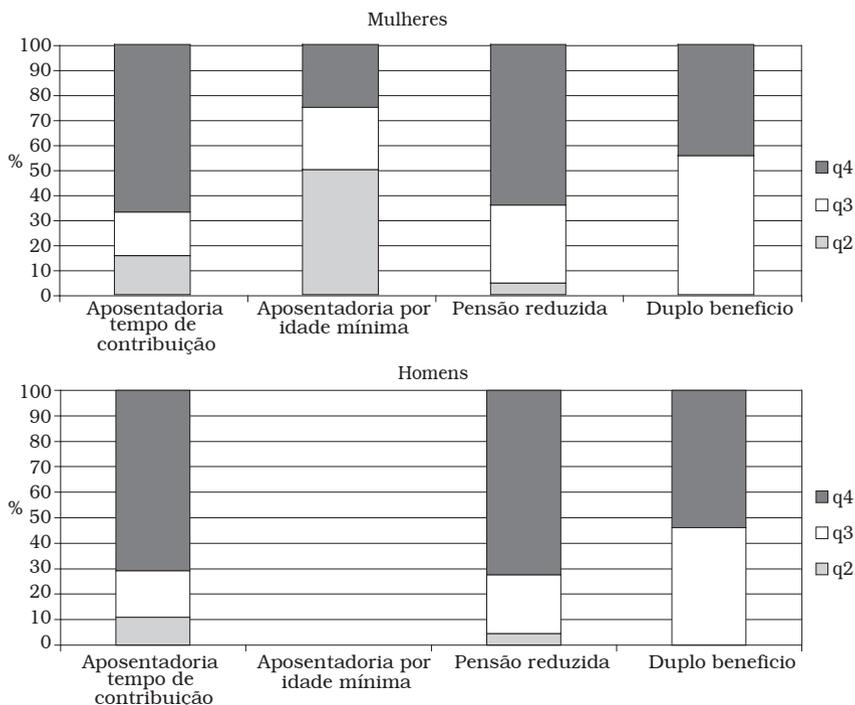
Resultados

Antes de passarmos aos resultados, faremos uma breve caracterização dos beneficiários afetados. De acordo com os dados da PNAD 2006 e metodologias de identificação adotadas neste trabalho, um número muito superior de homens seria afetado com a adoção da idade mínima para as aposentadorias por tempo de contribuição do que o número de mulheres (considerando a soma daquelas que seriam afetadas por simulações sobre aposentadorias por Idade e Tempo de Contribuição). Por outro lado, um número maior de mulheres seria afetado pelas simulações de alteração nas regras de pensão. Considerando o efeito agregado destas simulações, 4,0 milhões de mulheres e 2,3 milhões de homens seriam afetados. O gráfico 1 mostra a distribuição desses homens e dessas mulheres segundo quartis⁸ de renda individual e simulação efetuada. A distribuição da população em quartis de renda utilizada neste trabalho baseia-se na renda individual total das pessoas acima de 20 anos de idade, excluindo-se os aposentados cujas aposentadorias fossem superiores ao teto do RGPS

8 A distribuição por quartis divide a população em 4 grandes grupos de igual tamanho (q1, q2, q3, e q4) em ordem crescente de renda: em q1 (primeiro quartil) se situam os 25,0% mais pobres da população em estudo, e em q4, os 25,0% mais ricos.

que, por definição, não entram nas simulações. Pode-se depreender dois pontos importantes deste gráfico: 1) dependendo da simulação (se de aposentadoria, pensão ou ambas), atinge-se pessoas que estão em diferentes posições da distribuição de renda da população, e 2) os homens, de um modo geral, estão em melhores posições da distribuição de renda do que as mulheres devido à maior parcela destes que se situam em q4, em qualquer das simulações efetuadas.

Gráfico 1. Beneficiários afetados em cada simulação, segundo quartis de renda individual e sexo



Fonte: PNAD 2006 (IBGE).

Os resultados das simulações foram analisados por meio do cálculo das rendas individuais médias dos grupos diretamente afetados pelas mudanças, das rendas individuais médias de grandes grupos etários (idosos — população acima dos 60 anos, e adultos (população de 20 a 59 anos) e da renda familiar per capita. Adicionalmente, indi-

camos a potencial capacidade de aumento da arrecadação do Sistema (resultante do aumento dos rendimentos do trabalho) quando aplicável, e de redução no pagamento de benefícios.

A renda individual foi considerada o indicador mais apropriado para a análise pelo fato de melhor indicar a independência (ou a autonomia) financeira dos beneficiários em relação à própria Previdência Social e em relação à renda de outros integrantes da família. A análise dos efeitos sobre a renda familiar per capita complementa a primeira análise ao considerar as transferências de renda intrafamiliares, que tendem a equalizar o padrão de consumo dos membros de uma mesma unidade familiar.

Diferente de outras versões já apresentadas deste trabalho, aqui será feita uma análise dos resultados acumulados das simulações efetuadas. Para isso, deve-se considerar que a ordem em que as simulações foram efetuadas tem um resultado específico, que não necessariamente será o mesmo se feito em ordem diferente.

A tabela 3 resume a variação nas rendas observadas após as simulações, efetuadas sequencialmente, assim como os possíveis efeitos nas despesas e na arrecadação do sistema.

Considerando a PNAD 2006 e premissas para identificação de beneficiários nesta base de dados, as duas simulações para as aposentadorias pelo critério de Tempo de Contribuição das mulheres (aumento do tempo de contribuição e introdução de idade mínima) atingiriam, respectivamente, 5,7% e 11,5% do total de aposentadas. A primeira simulação afeta mulheres entre 40 a 55 anos e a segunda entre 40 a 60 anos, de forma que a segunda simulação se sobrepõe à primeira. Efetuadas as simulações, a renda média individual aproximada observada de R\$ 1.550 desses dois grupos se reduz em significativos 18%, resultado das trocas dos altos rendimentos de aposentadoria por rendimentos do trabalho (dados não mostrados nas tabelas).

Já a terceira simulação afetou um grupo distinto do primeiro: 3,9% do total de aposentadas em 2006. Essas mulheres tinham entre de 60 a 62 anos e estavam aposentadas pelo critério de Idade Mínima. Como esperado, esse grupo possui rendimentos médios menores (R\$795) e seus rendimentos totais seriam reduzidos em 15,0% com a simulação.

Tabela 3. Renda média, variação na renda média, segundo grupos de idade, sexo e simulação efetuada, e efeito sobre as despesas e arrecadação da Previdência Social brasileira. Simulações efetuadas sequencialmente

Simulação	Variação na renda da população acima de 60 anos			Variação na renda da população de 20- 59 anos			Redução nas despesas	Aumento na arrecadação
	Homem (H)	Mulher (M)	(M/H)	(H)	(M)	(M/H)		
Renda das mulheres e dos homens e relação (M/H) antes das simulações	R\$ 974	R\$ 599	0,616	R\$ 945	R\$ 496	0,524	-	-
Aumento do tempo de contribuição das mulheres	0,0%	0,0%	0,616	0,0%	-0,5%	0,522	3,2%	0,5%
Introdução de idade mínima para aposentadoria por tempo de contribuição das mulheres	0,0%	-0,1%	0,615	0,0%	-0,5%	0,522	6,3%	0,9%
Aumento idade para aposentadoria por idade das mulheres	0,0%	-0,7%	0,611	0,0%	-0,9%	0,519	7,3%	1,0%
Introdução de idade mínima para aposentadoria por tempo de contribuição dos homens	0,4%	-0,7%	0,609	-0,4%	-0,9%	0,522	22,4%	3,8%
Redução do valor da pensão	0,2%	-5,1%	0,583	-0,5%	-1,4%	0,520	25,5%	3,8%
Duplo Benefício	-0,7%	-12,4%	0,543	-0,5%	-1,5%	0,519	29,6%	3,8%

Fonte dados básicos: PNAD 2006

Após as simulações, as mulheres (dos três grupos) passam a estar menos representadas no último quartil de renda, e um pequeno grupo passa a ocupar o primeiro quartil (dados não mostrados nas tabelas e gráficos). Apesar do grande efeito na renda dos grupos de beneficiários afetados com as simulações (-18,0% ou -15,0%), o efeito nas rendas médias do total de idosas é muito pequeno devido ao pequeno número relativo de beneficiárias afetadas. Tomando-se a razão «M/H» (relação entre a renda das mulheres e dos homens), antes e após as simulações, nota-se pela tabela 3 que a disparidade de rendimento entre dos idosos não seria afetado de forma significativa.

Introduzir a Idade Mínima de aposentadoria dos homens de 65 anos afetaria 23,3% dos homens aposentados. Desses aposentados afetados,

59,0% tinha de 40 a 59 anos de idade, e o restante, de 60 a 64 anos. Esses «ex»-aposentados, cujo rendimento médio é de R\$ 1.828, teriam seus rendimentos médios reduzidos em -4,2%, com a nova regra. No agregado dos grandes grupos etários, os homens adultos teriam sua renda total reduzida em pequenos -0,4%, que adicionado à renda reduzida das mulheres de -0,9 pouco afetaria a razão de rendimentos M/H. Os idosos apresentariam um aumento de 0,4%, mas ainda com efeitos pequenos sobre o diferencial de gênero (tabela 3).

Por outro lado, apesar dos pequenos efeitos sobre a renda dos grandes grupos etários, os efeitos sobre a redução das despesas com os benefícios poderiam ser grandes. Se todas as alterações citadas nas regras de aposentadoria fossem implementadas e estivessem valendo para o ano de 2006, a despesa com benefícios seria menor, no equivalente a 22,4%, do total dos benefícios de aposentadoria e pensão recebidos nesse mesmo ano (sendo as alterações nas aposentadorias das mulheres responsáveis por -7,3% no valor dos benefícios pagos e a dos homens, -15,1%). Ao mesmo tempo, as medidas proporcionariam, em conjunto, maior arrecadação do sistema da ordem de 3,8% (tabela 3). O grande peso na redução das despesas e na arrecadação — da simulação feita para os homens — é resultado de maiores aposentadorias, maiores rendas do trabalho, além de um número relativo bem maior de homens afetados pela medida.

Posteriormente às simulações com as aposentadorias, foram efetuados os exercícios contrafactuais para os recebedores de pensão. Foi simulado como seria a renda dos pensionistas caso (1) o valor do benefício fosse reduzido de acordo com o número e idade dos filhos ou (2) caso o beneficiário fosse impedido de acumular pensão e aposentadoria (duplo benefício), sendo obrigatória a manutenção do maior entre os dois benefícios.

Os beneficiários afetados pela primeira alteração (número de filhos menores de 18 anos) apresentavam rendimento médio de R\$ 1.843 e de R\$ 1.542, homens e mulheres respectivamente, que seriam reduzidos em 10,4% e 13,5% com a simulação. Tanto os homens quanto as mulheres afetados perderiam posição na distribuição de renda da população, reduzindo sua participação entre os 25,0% mais ricos. Se a análise pelo agregado de grandes grupos etários fosse feita isoladamente das demais simulações, verificar-se-ia maior queda relativa nos rendimentos médios das idosas, aumentando o diferencial entre os idosos (reduzindo a razão M/H de 0,616 para 0,590) (dados não mostrados nas tabelas). Adicionando o efeito desta simulação naquelas feitas anteriormente, na sequência aqui definida, a razão M/H se reduz ainda mais, para 0,583.

O segundo exercício eliminou o menor dos dois benefícios recebidos pelos «duplo-beneficiários». Isoladamente das demais simulações, 2,3% dos homens aposentados e 18,0% das mulheres aposentadas recebiam também algum tipo de pensão. Entre os duplo-beneficiários, 87% eram mulheres, e 20,0% se referiam à população cujo local de residência era a área rural. A distribuição etária dos duplo-beneficiários era semelhante entre os dois sexos: 89,0% dos homens e 91,0% das mulheres possuíam 60 anos de idade ou mais.

Considerando a simulação isoladamente das demais e apenas o grupo de beneficiários envolvidos, seus rendimentos médios totais sofreriam queda de 31,5% para os homens e de 34,5% para as mulheres. O grande contingente de mulheres afetado e a magnitude da queda em suas rendas representariam redução de 7,9% na renda média das idosas e de apenas 1,0% na renda dos idosos (reduzindo a razão M/H original de 0,616 para 0,572 e aumentando a desigualdade) (dados não mostrados). Se a impossibilidade de acúmulo do duplo benefício fosse implementado sequencialmente após a implementação das regras citadas anteriormente, a razão M/H atingiria 0,543 (tabela 3).

Diferentes das simulações com as aposentadorias em que as rendas familiares per capita (rfpc) pouco se alteraram, as simulações que envolvem as pensões afetam a renda familiar de homens e mulheres em maior magnitude. Considerando os grandes grupos etários, a queda na rfpc após o novo valor da pensão segundo o número de filhos, seria de -0,7% para os idosos e de -3,1% para as idosas (tabela 4) (se feita isoladamente das simulações de aposentadoria, os efeitos sobre a rfpcs seriam de -0,3% e de -2,5%, respectivamente — dados não mostrados nas tabelas). Considerando a simulação do duplo benefício, sequencialmente, a queda na rfpc seria de -1,6% e -7,2% para idosos e idosas, respectivamente (isoladamente, o efeito desta simulação -1,0% e -4,4% — dados não mostrados nas tabelas).

Tabela 4. Renda de todas as fontes familiar *per capita* (rfpc) antes das simulações e variação da rfpc após alterações efetuadas sequencialmente, segundo sexo e grandes grupos de idade

<i>Simulação</i>	<i>Variação na renda da população acima de 60 anos</i>		<i>Variação na renda da população de 20-59 anos</i>	
	<i>(H)</i>	<i>(M)</i>	<i>(H)</i>	<i>(M)</i>
Rfpc antes das simulações	R\$ 646	R\$ 675	R\$ 570	R\$ 541
Aumento do tempo de contribuição das mulheres e introdução da idade mínima das mulheres	-0,4%	-0,4%	-0,3%	-0,4%
Introdução de idade mínima para aposentadoria por tempo de contribuição dos homens	-0,4%	-0,6%	-0,5%	-0,9%
Redução do valor da pensão	-0,7%	-3,1%	-0,8%	-1,3%
Duplo Benefício	-1,6%	-7,2%	-1,1%	-1,6%

Fonte: PNAD 2006 (IBGE)

O outro lado do efeito da redução das pensões sobre a renda de benefícios e famílias é o grande potencial de redução das despesas com benefícios. Se analisadas separadamente, a alteração do valor da pensão segundo número e idade dos filhos seria responsável pela redução de -3,0% nas despesas totais com aposentadorias e pensões, e a alteração do duplo benefício, de -4,8% (dados não mostrados). Sequencialmente, a alteração de duplo benefício responderia por uma redução adicional de -4,1% e, no total, as despesas com pensão e aposentadorias seriam 29,6% menores, como mostra a tabela 3.

Conclusões

Em um sistema de previdência deficitário como o brasileiro, medidas que reduzam os gastos e que tornem o sistema mais atrativo para seus participantes são urgentes. Os efeitos das alterações aqui discutidas, no entanto, podem ter desdobramentos que vão além dos seus efeitos orçamentários ou atuariais, afetando o nível de proteção social que recebem os indivíduos. Neste exercício, a proteção social do Sistema é analisada por meio dos diferenciais de gênero existentes na Previdência Social. Examina-se de que forma as mudanças nas regras atuais de aposentadoria e pensão por morte poderiam afetar o nível de renda mensal de idosos e idosas. Adicionamos, assim, mais uma dimensão ao debate sobre os efeitos de alterações nas regras da Previdência Social brasileira.

Porque queremos medir o nível de renda de idosos e idosas após as simulações, e não o valor presente de contribuições e benefícios pagos e recebidos por estes ao longo do ciclo de vida, fortes premissas tiveram de ser adotadas. Neste exercício, não se considera o envelhecimento populacional e seus desdobramentos sobre as despesas e arrecadação do sistema. Da mesma forma, não se considera a provável continuidade do aumento da participação das mulheres no mercado de trabalho, nem os possíveis reflexos desse aumento em suas próprias aposentadorias, o que poderá aumentar a autonomia financeira das mulheres idosas, relativamente ao que se observa nos dias atuais. Por outro lado, também não se considera um possível aumento dos divórcios e do percentual de famílias chefiadas pelas mulheres, sendo que tais tendências deverão reduzir o percentual de idosas que contam com uma pensão por morte do marido para compor seus rendimentos totais. Devido à complexidade em simular todas as alterações possíveis no mercado de trabalho e na família ao longo do tempo, optou-se por aplicar as simulações a uma população atual, com todas as suas características econômico-demográficas conhecidas, reduzindo assim as incertezas do exercício. Com isso, apesar de obtermos números que não serão de fato observados no futuro, já que nosso exercício abstrai as prováveis mudanças sociodemográficas, podemos indicar com segurança quais seriam os efeitos das mudanças das regras previdenciárias, caso apenas essas mudanças tivessem ocorrido.

Os resultados da simulação com as idades mínimas para aposentadoria por Tempo de Contribuição mostram pequeno efeito negativo no aumento do diferencial de renda entre os sexos. Por outro lado, efeitos positivos importantes sobre a redução das despesas indicam que as medidas devem ser implementadas. Deve-se considerar que, em um sistema atuarialmente justo, quanto maior for o tempo de contribuição e a idade para a aposentadoria maiores devem a ser os valores dos benefícios a serem recebidos, o que reforça o argumento em favor da implementação das medidas. No entanto, se os ganhos em esperança de vida obtidos por homens e mulheres permitem inegavelmente que se eleve a idade mínima de aposentadoria para ambos os sexos (inclusive para a aposentadoria pelo critério de Idade Mínima), manter algum diferencial de gênero na idade ou no tempo de contribuição nas aposentadorias requer algum juízo de valor sobre reconhecer ou não, nas regras previdenciárias, as razões que levam as mulheres, em geral, a se dedicarem menos ao mercado de trabalho.

Com relação às simulações que envolvem pensão por morte, a entrada em vigor das medidas, requer alguma cautela, principalmente para o que se chamou neste exercício de duplo benefício. Apesar

de não ser socialmente justo que dois benefícios sejam pagos a um mesmo beneficiário e financiados por um mesmo fundo público, a medida apresentou potenciais efeitos negativos nas rendas médias das mulheres e de suas famílias. Para contornar o problema, países como México, Argentina e Chile, que substituíram os sistemas de repartição pelos de capitalização (com ou sem um pilar público), instituíram que a pensão por morte fosse financiada com recursos familiares (notadamente com redução da aposentadoria do marido) e não com recursos públicos, para que assim as(os) viúvas(os) pudessem acumular os dois rendimentos. Estudos para Argentina, Uruguai e Chile, essa medida (de «anuidades conjuntas» ou joint-annuities) parece ter sido importante na manutenção do nível de renda relativo das mulheres, após as reformas (James *et al.* 2005; Bertranou, 2006: 89).⁹ Bertranou (2006) frisa, no entanto, que as transferências entre os sexos é uma questão de toda a sociedade e que atenção especial deve ser dada a grande parcela de mulheres que não recebem pensão por morte de um marido.

Na Previdência Social brasileira ou em qualquer sistema de pensão do mundo a igualdade entre os dois sexos só poderá ser atingida com a igualdade de atuação e remuneração de homens e mulheres no mercado de trabalho. Sem essa igualdade, o desenho de políticas previdenciárias que não considere os diferenciais existentes poderá resultar no aumento indesejado das disparidades de renda entre os sexos na velhice, com maior perda relativa para as mulheres.

9 Para o Brasil, seriam necessários, no entanto, estudos sobre como adaptá-la ao sistema de repartição, em que não há a capitalização das contribuições individuais.

Bibliografia

- Afonso, L.E.; Zylberstajn, H. e Souza, A.P. (2006). «Mudanças na previdência social: uma avaliação dos efeitos de reformas paramétricas no RGPS», em *Economia*, Brasília: ANPEC - Associação Nacional dos Centros de Pósgraduação em Economia, vol. 7, n.º 4, pp. 37-69.
- Além, A.C.; Pastoriza, F. e Giambiagi, F. (1996). *Aposentadoria por tempo de serviço no Brasil: estimativa do subsídio recebido pelos seus beneficiários*, [Rio de Janeiro]: BNDES. Disponível em: <http://www.bndes.gov.br/clientes/federativo/bf_bancos/e0000169.pdf>, acesso 10 jun. 09.
- Bertranou, F.M. (2006). «Pensions and Gender in Latin America: Where Do We Stand In The Southern Cone?», em Gilbert, N. (ed.), *Gender and Social Security Reform. What's fair for women*, International Social Security Series, vol. 11. New Brunswick (USA), New Jersey (UK): Transaction Publishers.
- Brasil (2007). *Anuário estatístico da previdência social*. Ministério da Previdência Social. Brasília: ACS/MPS; DIIE/DATAPREV.
- (2008). *Panorama da Previdência Social Brasileira*. Ministério da Previdência Social, Brasília (slides).
- (2009). *Regime geral de previdência social: balanço do ano de 2008*. Ministério da Previdência Social. Informe de Previdência Social, Brasília, vol. 21, n.º 1, pp. 1-16.
- Caetano, M.A. (2006). *Determinantes da sustentabilidade e do custo previdenciário: aspectos conceituais e comparações*, Brasília: IPEA, (Texto para discussão, 1226).
- Camarano, A.A. e Pasinato, M.T. (2002). «Envelhecimento, condições de vida e política previdenciária. como ficam as mulheres?», em Encontro Nacional de Estudos Populacionais, 13, 2002, Ouro Preto, MG. Anais... Belo Horizonte: ABEP, 2002. 30 p. Disponível em: <http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/pdf/2002/GT_TRB_ST10_Camarano_texto.pdf>, acesso 14 jul. 2009.
- Camargo, J.M. e Reis, M.C. (2007). «Lei Orgânica Da Assistência Social: Incentivando A Informalidade», em Tafner, P. e Giambiagi, F. (orgs), *Previdência no Brasil debates, dilemas e escolhas*, Rio de Janeiro: IPEA.
- Fernandes, F. (1993). «Sistema previdenciário e desigualdades inter e intrageracionais no Brasil: o papel da dinâmica demografica», Dissertação (Mestrado) – Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional. Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
- Giambiagi, F. (2000). *As muitas reformas da previdência social*. Rio de Janeiro: Puc-Rio, Departamento de Economia, (Texto para discussão, 430) <Disponível em: <http://www.econ.puc-rio.br/pdf/td430.pdf>>. Acesso 14 jul. 2009.
- et al. (2004). *Diagnóstico da previdência social no Brasil: o que foi feito e o que falta reformar?*, Rio de Janeiro: IPEA, (Texto para Discussão, 1050) Disponível em: <Diagnóstico da previdência social no Brasil: o que foi feito e o que falta reformar?>, acesso 14 jul. 2009.
- (2007). *Impacto de reformas paramétricas na previdência social brasileira: simulações alternativas*, Rio de Janeiro: IPEA (Texto para discussão, 1289).
- Giambiagi, F. e Tafner, P. (2007b). *Uma agenda parcial de reformas para 2009: à procura de um «pacto de toledo» brasileiro*, Rio de Janeiro: IPEA (Texto para discussão, 1299). Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/publicacoes/tds/td_1299.pdf>. Acesso 14 jul. 2009.

- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2006). *Pesquisa Nacional por Amostra por Domicílio - PNAD, Microdados*, 2006.
- James, E., Edwards, A. C. e Wong, R. (2005). «El impacto de género de la reforma a la seguridad social em América Latina» em *Bienestar y Política Social*, v.1, n.1, p.1-34, 2005.
- Lavinhas, L. e Dain, S. (2005). *Proteção social e justiça redistributiva: como promover a igualdade de gênero*, Rio de Janeiro: UFRJ. Disponível em: <http://www.ie.ufrj.br/aparte/pdfs/versao_final_texto_lena_e_sulamis.pdf?PHPSESSID=539375efc5acf4b47ec4b92462e0c145>, acesso 14 jul. 2009.
- Liebman, J.B. (2002). *Redistribution in the Current US Social Security System*, Chicago: The University of Chicago.
- Medeiros, M. e Osório, R.G (2000). «Mudanças na composição dos arranjos domiciliares no Brasil – 1978 a 1998» em *Revista Brasileira de Estudos de População*, v.17, n.1/2, jan./dez. 2000.
- Marri, I.G. (2009). «Reforma de Previdência Social: simulações e impactos sobre os diferenciais de gênero» Tese de doutorado. CEDEPLAR, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte. Disponível em: <<http://www.cedeplar.ufmg.br/pos-em-demografia/teses-2009/reforma-de-previdencia-social-simulacoes-e-impactos-sobre-os-diferenciais-de-genero.php>> acesso 02 abr. 2010.
- Rocha, R. e Caetano, M. (2008). *O sistema previdenciário brasileiro: uma avaliação de desempenho comparada*, Brasília: IPEA (Texto para discussão, 1331).
- Silva, E.R. e Schwarzer, H. (2002). *Proteção social, aposentadorias, pensões e gênero no Brasil*, Brasília: IPEA (Texto para discussão, 934) Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/pub/td/2002/td_0934.pdf>, acesso 14 jul. 2009.
- Social Security Administration (SSA) (2008). *Widows, widowers & other survivors*. Disponível em: <<http://www.ssa.gov/ww&os2.htm>>, acesso 19 set. 2008
- Sorj, B. (2004). *Trabalho e responsabilidades familiares: um estudo sobre o Brasil*, ILO, Geneva: UFRJ.
- Tafner, P. (2007). *Simulando o desempenho do sistema previdenciário e seus efeitos sobre pobreza sob mudanças nas regras de pensão e aposentadoria*, Rio de Janeiro: IPEA (Texto para discussão, 1264). Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/publicacoes/tds/td_1264.pdf>, acesso 14 jul. 2009.
- Turra, C.; Marri, I.G. e Wajnman, S. (2008). «Os argumentos de proteção social e equidade individual no debate sobre previdência e gênero no Brasil», em *Mudança populacional : aspectos relevantes para a Previdência – Brasília*. Ministério da Previdência Social. Disponível em: <http://www.previdenciasocial.gov.br/arquivos/office/3_081208-173355-270.pdf>, acesso 02 abr.2010.
- World Bank (1995). *Brazil social insurance and private pensions*. [S.l.]: Latin America and the Caribbean Region (Report, 12336-BR).
- Zylberstajn, H., Afonso, L.E. e Souza, A.P. (2005). «Reforma da previdência social e custo de transição: simulando um sistema universal para o Brasil» [S.l.]: [S.n.] XXXIII Encontro Nacional de Economia, 2005, Natal, Brasil. Disponível em: <<http://www.anpec.org.br/encontro2005/artigos/A05A052.pdf>>, acesso 22 de fev. 2012.

SEGUNDA PARTE
CUESTIONES METODOLÓGICAS

Análisis de secuencias en el estudio del envejecimiento

Gilbert Brenes¹

Resumen

El análisis de secuencias es una nueva técnica estadística utilizada en estudios genéticos y en ingeniería que busca establecer cuáles son las secuencias de eventos más frecuentes en una cadena de eventos. Se puede utilizar para analizar la serie de morbilidades que enfrenta una persona durante un período de tiempo, como una forma de investigar la teoría del «uso y desgaste» o «deterioro físico» en envejecimiento. Se utilizan los datos de dos encuestas de envejecimiento: CRELES (Costa Rica) y PREHCO (Puerto Rico). En Costa Rica, la hipercolesterolemia es más letal en comorbilidad que sin la presencia de otras condiciones, mientras que en Puerto Rico, las complicaciones de la diabetes mellitus y de la hipertensión aumentan los riesgos de muerte. El análisis permite ver la importancia de ciertas enfermedades como factores de riesgo de otras enfermedades: la hipertensión y la hipercolesterolemia son factores de riesgo de los infartos o los accidentes cerebrovasculares.

Palabras clave: análisis de secuencias, comorbilidad, factor de riesgo, envejecimiento.

Abstract

Sequence analysis in the study of aging

Sequence analysis is a new statistical technique, used in genetic studies and engineering research, aimed at determining the most frequent sequences, within a chain of events. It can be utilized to analyze the series of morbidities faced by a person during a given period of time, as a way of investigating the theory of aging known as «wear-and-tear». The data come from two aging surveys: CRELES (Costa Rica) and PREHCO (Puerto Rico). In Costa Rica, hypercholesterolemia is more lethal as comorbidity when other diseases are also present, whereas in Puerto Rico, complications associated with diabetes mellitus and hypertension increase the risk of dying. The analysis shows the importance of certain illnesses becoming risk factors of other diseases; hypertension and hypercholesterolemia are risk factors of myocardial infarctions or cerebro-vascular accidents.

Keywords: sequence analysis, co-morbidity, risk factor, aging.

1 Centro Centroamericano de Población y Universidad de Costa Rica, gbrenes@ccp.ucr.ac.cr; gilbert.brenes@ucr.ac.cr.

Introducción

La teoría de «uso y desgaste» es una de las teorías más utilizadas para explicar el proceso de envejecimiento biológico (Gázquez-Linares *et al.*, 2005). Según ésta, el envejecimiento biológico se da a partir de una acumulación de problemas de salud que deterioran el estado físico y mental de los adultos mayores. Si hay morbilidades que son a su vez factores de riesgo para otras enfermedades, el proceso de «uso y desgaste» se podría investigar con análisis de secuencias. El análisis de secuencias es uno de los nuevos avances de la estadística. Busca establecer cuáles son los arreglos ordenados más frecuentes en una cadena de eventos. Se ha utilizado en investigaciones sobre genomas y en investigaciones de procesos en ingeniería. El análisis de secuencias también se podría utilizar para investigar eventos en el curso de vida de las personas, por ejemplo, la serie de morbilidades que enfrenta una persona durante un período de tiempo.

Definición del problema y objetivo general

El objetivo del presente artículo es utilizar el análisis de secuencias para investigar los procesos de morbilidad y los mecanismos del «uso y desgaste» entre poblaciones de adultos mayores latinoamericanos.

Teoría del «uso y desgaste»

La teoría del «uso y desgaste», conocida también como «teoría del deterioro orgánico», aduce que el envejecimiento es producido por el progresivo deterioro de los órganos corporales al no poder responder al proceso de homeostasis, o sea, al proceso de recuperarse de situaciones perjudiciales para la salud que genera el medio ambiente (Gázquez Linares *et al.*, 2005). En otras palabras, esta teoría implica que el organismo del ser humano, cuando joven, tiene la capacidad de recuperarse de enfermedades mediante el proceso de homeostasis, pero a medida que envejece su organismo no puede recuperarse tan bien y empieza a acumular condiciones no adecuadas de salud. La «teoría del uso y desgaste» forma parte de un conjunto de teorías denominadas teorías biológicas secundarias (Gázquez Linares *et al.*, 2005). Todas ellas se refieren al daño celular provocado por la exposición a patologías. Estas otras teorías son complementarias del «uso y desgaste», en el sentido de que se centran en la acumulación de estas condiciones no saludables que a su vez causan el envejecimiento. La teoría del «deterioro orgáni-

co» también está relacionada con el concepto de carga alostática. La carga alostática (medida a partir de biomarcadores) refleja la acumulación de respuestas del organismo a las condiciones del medioambiente. Las personas de mayor edad han estado expuestas en promedio a una mayor cantidad de condiciones perjudiciales para su salud. A la vez, cuando las respuestas regulatorias a la interacción individuo-ambiente exceden los rangos óptimos de operación, el proceso de envejecimiento avanza. La acumulación de las desregulaciones fisiológicas estaría entonces medida por la carga alostática (Seeman *et al.*, 2004).

El análisis de secuencias no mide directamente todos los posibles mecanismos del envejecimiento que la teoría delinea, pero sí se podría esperar que la acumulación de enfermedades esté altamente asociada con este proceso.

Análisis de secuencias

El análisis exploratorio de secuencias (o de datos secuenciales) es definido por Sanderson y Fisher (1994: 255) como una actividad empírica para analizar datos (computacionales, ambientales, o de comportamiento) en el que la integridad secuencial de los eventos o las unidades se ha conservado. El conjunto de técnicas dentro del análisis secuencial está encaminado a una etapa exploratoria, más que inferencial o de establecimiento de causalidad.

El análisis de secuencias ha sido ampliamente usado en investigaciones genómicas, para describir y relacionar secuencias de ácido dextrorribonucleico (ADN). En bioestadística, este tipo de técnicas ha sido usada: a) para determinar distintos niveles de composiciones de proteínas en el ADN que determinen la organización genética de seres vivos, b) para en el análisis de variaciones dentro y entre poblaciones, o c) en la comparación de una secuencia con otras para determinar las similitudes que indiquen una relación evolucionaria o funcional (Curnow y Kirkwood, 1989).

Como se puede ver, el análisis de secuencias no es ni un modelo ni una técnica como tal, sino un conjunto de herramientas matemáticas, estadísticas y computacionales para comprender mejor datos planteados en secuencias. Un análisis inicial de este tipo de datos recomendaría: a) una descripción de las secuencias, sus longitudes y sus componentes; b) una visualización de las secuencias para detectar similitudes; c) la comparación de secuencias vía medidas de distancias; d) el agrupamiento de secuencias similares vía análisis de conglomerados o escalamiento multidimensional; y e) la utilización

de las secuencias como variables dependientes o independientes en otro tipo de análisis (Brzinsky-Fay *et al.*, 2006). Análisis de secuencias más complicados visualizan las secuencias como una matriz de frecuencias de elementos, las cuales pueden ser resumidas con valores característicos (van Heel, 1991). En el análisis de este artículo no recurriremos a métodos multivariados, sino que se limitará a la parte descriptiva para usarla en modelos de regresión.

Fuentes de información

En el análisis se utilizan los datos de dos encuestas de envejecimiento en América Latina: Costa Rica, Estudio sobre Longevidad y Envejecimiento Saludable (CRELES) y Condición de Salud de los Adultos de Edad Mayor en Puerto Rico (PREHCO).

La población de estudio de CRELES se refiere a los habitantes de Costa Rica de 60 años o más en el período 2004-2006. El diseño de la muestra es probabilístico bietápico y estratificado. En la primera etapa se seleccionaron aleatoriamente 9600 individuos de 55 años y más según el Censo de Población de Costa Rica de 2000; cada grupo quinquenal de edad constituyó un estrato, cuyas fracciones de muestreo variaban entre 1,1% y 100,0% entre las personas nacidas antes de 1905. Para la segunda etapa se agruparon a los individuos seleccionados según las áreas oficiales del Ministerio de Salud, y se seleccionó una muestra de 3300 individuos. La muestra final es de 2820 personas. El trabajo de campo toma dos años porque sólo hay dos equipos de trabajo constituidos cada uno por un conductor, un técnico de laboratorio (flebotomista) y dos entrevistadores; en promedio se efectúan cerca de 30 entrevistas por semana. El proyecto capta información de un cuestionario estructurado, pero también se toman muestras de sangre y orina en ayunas, se les realizan medidas antropométricas a los entrevistados, y se les hacen ciertas pruebas de resistencia (pruebas de respiración y repeticiones de sentarse y ponerse de pie, etcétera). El procedimiento rutinario es solicitar el consentimiento personal y efectuar la entrevista un día, y a la mañana siguiente tomar las muestras de sangre por venipuntura y, si no se les ha realizado, llevar a cabo el módulo de antropometría. El consentimiento informado, así como la entrevista y el protocolo de análisis fueron aprobados por el Comité de Ética de la Universidad de Costa Rica. El financiamiento se obtuvo de la Fundación Wellcome Trust. La información de mortalidad se obtuvo de un pareo automatizado con el Registro de Defunciones de Costa Rica, organizado por el Re-

gistro Civil, una entidad pública perteneciente al Tribunal Supremo de Elecciones.

En cuanto a PREHCO, la encuesta portorriqueña de envejecimiento, se cuenta con la primera ronda. Esta se refiere a la población no institucionalizada de 60 años y más (y cónyuges sobrevivientes al momento de la encuesta) que residía en Puerto Rico en junio de 2000. La muestra es polietápica y estratificada, con sobremuestreos en áreas con alto porcentaje de afrodescendientes y en edades mayores a 80 años. Las entrevistas fueron personales («cara a cara»), llevadas a cabo entre el 2002 y el 2003, y auxiliadas con computadoras portátiles. La recolección de datos incluyó mediciones antropométricas y de capacidad física para adultos mayores. El tamaño total de la muestra fue de 4293 entrevistados, de los cuales 12,4% requirieron un informante *proxy* para obtener información. La tasa de no respuesta fue de 6,1%, incluyendo 4,7% de rechazos (Palloni *et al.*, 2005). La información sobre defunciones se extrajo de la información de la segunda ronda, conducida entre el 2006 y el 2007.

Metodología

Las secuencias se determinan a partir de las respuestas a las preguntas sobre diagnóstico de enfermedades por parte de un médico y sobre la edad (o año) del diagnóstico. En ambos países, se utilizó información sobre hipertensión arterial, diabetes mellitus, cáncer (excepto cáncer de piel), enfermedad pulmonar, infarto, y derrame cerebral. La redacción de las preguntas en ambas encuestas es prácticamente idéntica. Adicionalmente, para Costa Rica, se incluyó también información sobre hipercolesterolemia.

Para el análisis de secuencias, se utilizaron las siguientes reglas:

- a. La secuencia fue definida como un arreglo ordenado de las enfermedades que han sido diagnosticadas, en donde el orden está definido por el momento o tiempo en el que se dio el diagnóstico de cada enfermedad.
- b. Se creó una variable dicotómica («dummy») para cada secuencia, donde el 1 es la existencia de la secuencia.
- c. Cada secuencia está definida por todas las enfermedades que han sido diagnosticadas a un adulto mayor. Esto quiere decir que si un adulto mayor ha tenido las enfermedades A, B y C en este orden, la secuencia queda incluida como ABC (secuencia de longitud 3), pero no queda incluida en las secuencias que representan subconjuntos de la secuencia más larga (o sea, no se incluye ni en AB ni en AC ni en BC).

- d. Si dos enfermedades A y B fueron diagnosticadas en el mismo año o a la misma edad, el caso fue incluido como uno, tanto en la secuencia AB como en la secuencia BA. En otras palabras, las secuencias de la misma longitud no representan categorías mutuamente excluyentes.

Después de describir las secuencias, se utilizan las variables dicotómicas en un modelo de regresión de riesgos proporcionales de Cox para determinar la asociación de cada secuencia con la mortalidad, como una forma de evaluar la teoría del «uso y desgaste» del envejecimiento biológico. Una regresión de Cox se puede definir de la siguiente forma:

$$h(t | X_i) = h(0) * \exp[\alpha + \beta X_i + \varepsilon_i]$$

donde:

$h(t | X_i)$

el riesgo en el momento t, condicional a las variables independientes.

$h(0)$ La función de riesgo o hazard en la línea de base.

X_i El vector de covariables para cada individuo i.

α, β El vector de coeficientes para las variables de control.

ε_i Término de error.

Este modelo con secuencias se establece después de estimar un modelo previo en que cada enfermedad (sin clasificar dentro de las secuencias) se incorpora como una variable dicotómica. Comparar este modelo con el modelo con secuencias permite analizar qué se gana si se analizan secuencias en lugar de analizar las enfermedades como efectos independientes.

En ambos modelos se controlan por otras variables explicativas: sexo, edad, residencia metropolitana, residencia urbana, y nivel de educación. La edad se incorporó como variable continua. En CRELES, la residencia metropolitana se definió como las personas que habitan en el Gran Área Metropolitana (GAM) de Costa Rica. En PREHCO, la residencia metropolitana es residir en San Juan. En CRELES, residencia urbana se refiere a vivir en la GAM o en cabeceras de provincia (Alajuela, Cartago, Heredia, Liberia, Puntarenas, o Limón) o en otras ciudades regionales (Guápiles, San Isidro del General, Ciudad Quesada). En Puerto Rico, residencia urbana se define como residir en las cabeceras de San Juan, Ponce, Mayagüez y Arecibo. En ambas encuestas, educación se refiere a haber aprobado al menos seis años de educación.

Resultados

Para analizar los resultados, recuérdese que en PREHCO no se analizó colesterol pues no se hacía esa pregunta. Por esta razón es que el máximo de secuencias es menor en PREHCO que en CRELES: cinco *versus* seis (tabla 1). Esta distribución de frecuencias sugiere además que en ninguno de los dos países se encontró la presencia de todas las enfermedades en un solo entrevistado. En CRELES, se tenían siete enfermedades, pero la longitud máxima de secuencias fue seis; en PREHCO, eran seis enfermedades, mientras que la longitud máxima fue cinco. Además, en ambos países, menos del 4,0% de los entrevistados presentaban más de tres morbilidades al mismo tiempo.

Dado lo numeroso en la cantidad de secuencias, para cada país se escogieron aquellas secuencias con frecuencias absolutas de 15 o más (tabla 2), o sea, combinaciones de enfermedades que las padecieran al menos 15 personas en la muestra. En Costa Rica, de las siete secuencias, seis están relacionadas con el síndrome metabólico: hipertensión, hipercolesterolemia y diabetes. Adicionalmente, está la enfermedad pulmonar como padecimiento único (4,7%), como enfermedad que sigue a la diabetes (1,7%) o como precedente de la hipertensión y la hipercolesterolemia (1,6%). Sin embargo, y tal como lo expresa también la tabla 1, una tercera parte de la muestra presenta una sola enfermedad.

En la muestra portorriqueña (tabla 3), prácticamente el 40,0% de los entrevistados presentaba una sola condición de morbilidad, un porcentaje mayor que en Costa Rica. Sin embargo, de las diez primeras secuencias con mayor frecuencia, sólo cuatro reflejaban una sola enfermedad: hipertensión, diabetes, enfermedad pulmonar y cáncer. En Puerto Rico, son altamente frecuentes las combinaciones de hipertensión con diabetes por un lado y con infarto (indiferentemente del orden). En general, entre las 15 secuencias más frecuentes en Puerto Rico, seis de ellas se podrían entender como complicaciones de la hipertensión (hipertensión-diabetes, hipertensión-infarto, hipertensión-pulmonar, hipertensión-derrame, hipertensión-diabetes-infarto y diabetes-hipertensión-infarto).

En contraste, en ambos países, la secuencias menos frecuentes incluyen enfermedades de baja prevalencia (tanto por su baja incidencia, como por su alta letalidad): cáncer, infarto y accidentes cerebrovasculares (derrames).

Una dificultad para analizar secuencias en este tipo de encuestas es que algunas de las enfermedades pudieron ser diagnosticadas simultáneamente. Esta es la razón por la que las categorías de los cua-

dros 1, 2 y 3 no son mutuamente excluyentes. Este problema incide en la diferenciación de dos secuencias que tienen los mismos componentes. En el caso de Costa Rica, dos de las secuencias más comunes fueron diabetes-colesterol (5,8%) y colesterol-diabetes (3,1%). Es claro que la primera secuencia es más frecuente que la segunda, pero 61 casos (casi tres cuartas partes de la secuencia colesterol-diabetes) son casos en los que ambas enfermedades fueron diagnosticadas el mismo año (posiblemente al mismo tiempo). Algo similar ocurre en Puerto Rico: de los 330 casos de la secuencia diabetes-hipertensión (o de los 326 casos de hipertensión-diabetes), más de la mitad (169) son casos en los que ambas enfermedades fueron diagnosticadas simultáneamente. En forma similar, de los 72 casos de infarto-hipertensión, tres cuartas partes (55) se refieren a diagnóstico de infarto e hipertensión al mismo tiempo. El análisis tradicional de secuencias no toma en cuenta la simultaneidad, por lo que este tipo de casos genera más dificultades en el análisis.

Ahora bien, una de las formas de analizar la teoría del «uso y desgaste» del envejecimiento es determinar el impacto diferenciado de algunas secuencias sobre la mortalidad. Antes de estimar modelos de regresión para cada país con las secuencias como variables independientes, se estimaron sendos modelos en los cuales las variables independientes no son las secuencias, sino variables dicotómicas que se refieren a la presencia o no de cada una de las enfermedades por analizar. Estos primeros dos modelos son más parsimoniosos, una característica deseable en modelos de regresión. La comparación entre estos modelos y los modelos con las secuencias como covariables permiten ver cuánto mejora el poder explicativo del modelo al incorporar las secuencias: covariables que reflejen más detalle.

Según la tabla 4, el modelo de riesgos proporcionales de Cox para la mortalidad en Costa Rica muestra que el tener cualquiera de las enfermedades aumenta el riesgo de morir, aunque los riesgos relativos para cáncer y para enfermedad pulmonar no son significativos al 10,0% (probablemente, por falta de potencia estadística). La razón de riesgo (*hazard ratio*) o riesgo relativo de la hipertensión es prácticamente 1, lo cual implica nula asociación. La única excepción clara es el tener colesterol, pues disminuye significativamente los riesgos de muerte. Esta contradicción, así como el efecto de la hipertensión, se discutirá más adelante con las secuencias. En el caso de Puerto Rico, la diabetes, el cáncer, el infarto y el derrame aumentan los riesgos de morir. El riesgo relativo de la enfermedad de pulmón no es significativo pero es mayor que uno, lo cual también sugiere problemas de falta de potencia estadística. Por último, la razón de riesgo de hipertensión

es menor a uno, pero no es significativa. En ambos países, los coeficientes de las variables de control tienen las direcciones esperadas.

Los modelos de regresión con las secuencias generan más información. El riesgo relativo de muerte para las personas que únicamente tienen hipercolesterolemia es significativamente menor a uno: 0,53. Sin embargo, si la hipercolesterolemia precede al accidente cerebrovascular (derrame), o es precedida por la hipertensión y seguida por la diabetes, los riesgos de morir se multiplican por más de cuatro. Esto sugiere que, entre los adultos mayores costarricenses, la letalidad del colesterol alto tiene que ver más con la comorbilidad que con la presencia del colesterol por sí solo. Si un adulto mayor tiene únicamente un diagnóstico de colesterol, sus riesgos de morir disminuyen. Adicionalmente, llama la atención que la presencia del infarto por sí solo triplica el riesgo de muerte, mientras que el infarto en secuencia no tiene algún efecto significativo. Esto no quiere decir que la comorbilidad disminuya el efecto letal del infarto. Más bien sugiere que las personas que mueren después de un infarto no han recibido diagnósticos previos, probablemente por inadecuadas prácticas preventivas. Por último, las secuencias «cáncer-diabetes» e «hipertensión-colesterol-diabetes» también tienen mayores riesgos significativos de defunción. Si se toma en cuenta también el efecto de la secuencia derrame-diabetes, entonces esto sugiere que la diabetes como complicación de una enfermedad previa tiene serias consecuencias para la mortalidad.

En Puerto Rico, varias secuencias aumentan el riesgo de muerte. Entre ellas, las secuencias «diabetes-cáncer», «infarto-diabetes», «diabetes-infarto-derrame», «diabetes-hipertensión» y «diabetes-hipertensión-derrame» sugieren que la diabetes mellitus en comorbilidad presenta una alta letalidad. Ahora bien, la hipertensión aumenta el riesgo de muerte no sólo como complicación de la diabetes, sino también del infarto. Sin embargo, a los portorriqueños que tienen diagnóstico de hipertensión únicamente, su riesgo de muerte disminuye un 36% (con respecto de los que no tienen ninguna de las enfermedades incluidas en el análisis). Además, las secuencias «hipertensión-infarto-diabetes» e «hipertensión-derrame-diabetes» también disminuyen considerablemente el riesgo de morir. Estos resultados contradictorios se pueden deber a la fuerte colinealidad entre las secuencias que fue mencionada anteriormente. Recuérdese que esta colinealidad se puede deber al diagnóstico simultáneo de dos o más enfermedades. En otras palabras, una proporción importante de entrevistados puede estar a la vez en dos o más de las siguientes secuencias: hipertensión-diabetes-infarto (RR=2,29, no significativa), hipertensión-infarto-diabetes (RR=0,19, $p < 0,10$), diabetes-hipertensión-infarto (RR=1,65, no significativa), dia-

betes-infarto-hipertensión (RR=1,31, no significativa), infarto-hipertensión-diabetes (RR=1,00, no significativa) e infarto-diabetes-hipertensión (RR=0,68, no significativa). Para ver el efecto conjunto de estas secuencias, se estima una prueba de hipótesis en el que la hipótesis nula es que la suma de los coeficientes de todas estas secuencias es igual a cero. El coeficiente estimado es 0,23, lo que implica un riesgo relativo de muerte de 1,26. El coeficiente de esta suma de secuencias no es significativo al 10,0%. Este resultado nuevamente sugiere que el que la secuencia hipertensión-infarto-diabetes disminuya los riesgos de muerte se puede deber a la multicolinealidad. En general, los resultados del modelo de riesgos proporcionales de Cox para los adultos mayores portorriqueños muestran que las complicaciones de la hipertensión y, sobre todo, de la diabetes mellitus son las que producen una alta mortalidad en la isla.

Discusión

La metodología del análisis de secuencias permite diferenciar distintos procesos de morbilidad. En Costa Rica, se observó que la hipercolesterolemia por sí sola no es tan letal, sino en comorbilidad con otras condiciones, y en Puerto Rico, se observó que las complicaciones de la diabetes y en menor medida de la hipertensión también aumentan los riesgos de muerte. En envejecimiento, la teoría del «uso y desgaste» describe cómo la acumulación de condiciones poco saludables son las que llevan al envejecimiento biológico. Esta acumulación se da secuencialmente. Ciertas enfermedades como la hipertensión o la hipercolesterolemia son enfermedades por sí mismas, pero también son factores de riesgo de los infartos o los accidentes cerebrovasculares.

El análisis de secuencias permitió detectar estas secuencias las cuales están condicionadas por las prevalencias generales de cada enfermedad. Esto quiere decir que se encontraron más secuencias compuestas por enfermedades altamente frecuentes entre los adultos mayores, como la hipertensión y la diabetes, y pocas secuencias con los infartos, los derrames, o el cáncer.

Además, en los modelos de Cox, se encontraron varias secuencias con efectos significativos sobre la mortalidad, y estas secuencias están representadas por comorbilidades relacionadas con enfermedades cardiovasculares y, particularmente, el síndrome metabólico. Por el contrario, pocas secuencias en las que aparecía la enfermedad pulmonar tenían riesgos relativos significativamente distintos de uno. Este hallazgo era esperable pues, biológicamente, las enfermedades

pulmonares no necesariamente entran en interacción con las otras enfermedades de alta prevalencia analizadas en este artículo.

El análisis de secuencias para encuestas de envejecimiento sí presenta una limitación importante. En este tipo de estudios, generalmente se pregunta por la edad o el año del diagnóstico de una enfermedad. Este tipo de variable puede contener un fuerte sesgo de medición debido al sesgo de recordación por parte del entrevistado. En otras palabras, es posible que un número indeterminado de entrevistados respondan a una cifra aproximada en lugar de la exacta. Este error puede generar que entrevistados respondan que dos o más condiciones sean diagnosticadas simultáneamente. La misma restricción de la información hace que enfermedades que hayan sido diagnósticas en el mismo año, pero con meses de diferencia en el diagnóstico sean consideradas como de diagnóstico simultáneo.

La simultaneidad en los diagnósticos es un problema en el análisis de secuencias, pues este supone que los elementos en una secuencia están en un orden y único. Las secuencias deben ser mutuamente excluyentes, pero en este análisis las secuencias no lo eran por la simultaneidad. Esto generó problemas de multicolinealidad cuando las secuencias fueron utilizadas como covariables en los modelos de regresión de Cox.

Un análisis de secuencias para morbilidades puede ser idóneo cuando se cuenta con bases de datos de registros médicos, en los cuales las fechas de diagnóstico están establecidas con menor error de medición. Dichas bases de datos aún son difíciles de conseguir en los países latinoamericanos, ya sea porque no existen o porque no son suministradas para investigación por parte de las instituciones que las producen (el caso de Costa Rica con la CCSS).

En resumen, el análisis de secuencias puede ser útil para estudiar la teoría del «uso y desgaste» del envejecimiento biológico, pero se requieren instrumentos de recolección de información más detallados o bien muestras más grandes para que el problema de simultaneidad no genere multicolinealidad.

Agradecimientos

El proyecto CRELES «Costa Rica: Estudio de Longevidad y Envejecimiento Saludable» es un proyecto de investigación de la Universidad de Costa Rica, conducido por el Centro Centroamericano de Población, en colaboración con el Instituto de Investigaciones en Salud y los laboratorios del Hospital San Juan de Dios. El estudio ha sido financiado por la Fundación Wellcome Trust. Investigador Principal: Luis Rosero-Bixby. Co-investigadores: Xinia Fernández y William H. Dow. Colaboradores de investigación: Ericka Méndez, Melissa Rodríguez, Pamela Jiménez, Alonso Quirós, Guido Pinto, Hannia Campos, Kenia Barrantes, Alberto Cubero, Floribeth Fallas, Fernando Coto, Gilbert Brenes, Fernando Morales, María de los Angeles San Román y Grettel Valverde. Personal de apoyo administrativo e informático: Daniel Antich, Aarón Ramírez, Jeisson Hidalgo, Juanita Araya y Yamileth Hernández. Personal de campo: José Solano, Julio Palma, Jenny Méndez, Maritza Aráuz, Mabelyn Gómez, Marcela Rodríguez, Geovanni Salas, Jorge Vindas, Roberto Patiño, Katthya Alvarado, Adrián Piedra, Randall González y Ernesto Brenes.

Apéndice

Tabla 1. Costa Rica y Puerto Rico: Longitud de secuencias de enfermedades en CRELES (Costa Rica) y PREHCO (Puerto Rico).
(Las categorías no son mutuamente excluyentes)

<i>Longitud de secuencias</i>	<i>CRELES</i>		<i>PREHCO</i>	
	<i>F. absoluta</i>	<i>F. relativa (%)</i>	<i>F. absoluta</i>	<i>F. relativa (%)</i>
Total	2.573	100,0	3.915	100,0
0	757	29,4	1.186	30,3
1	911	35,4	1.608	41,1
2	650	25,3	945	24,1
3	317	12,3	284	7,3
4	82	3,2	70	1,8
5	13	0,5	10	0,3
6	3	0,1	-	-

Tabla 2. Costa Rica: Secuencias de enfermedades detectadas con frecuencias absolutas mayores a 15 en CRELES (Costa Rica). (Las categorías no son mutuamente excluyentes)

<i>Secuencias de enfermedades</i>	<i>F. absol</i>	<i>F. relat (%)</i>	<i>Secuencias de enfermedades</i>	<i>F. absol</i>	<i>F. relat (%)</i>
Total	2.827	100,0			
Hipertensión	397	14,0	Colesterol-Cáncer	26	0,9
Colesterol	192	6,8	Colesterol-Infarto	26	0,9
Diabetes-Colesterol	165	5,8	Cáncer-Diabetes	26	0,9
Pulmonar	134	4,7	Hipertensión-Colesterol-Pulmonar	26	0,9
Colesterol-Diabetes	87	3,1	Derrame	25	0,9
Diabetes	77	2,7	Colesterol-Pulmonar	23	0,8
Diabetes-Pulmonar	48	1,7	Diabetes-Derrame	23	0,8
Cáncer	47	1,7	Infarto	22	0,8
Pulmonar-Hipertensión-Colesterol	46	1,6	Diabetes-Cáncer	22	0,8
Cáncer-Colesterol	44	1,6	Cáncer-Pulmonar	21	0,7
Pulmonar-Colesterol	42	1,5	Diabetes-Hipertensión-Colesterol	21	0,7
Infarto-Colesterol	38	1,3	Pulmonar-Colesterol-Hipertensión	20	0,7
Diabetes-Infarto	31	1,1	Pulmonar-Infarto	19	0,7
Hipertensión-Diabetes-Colesterol	31	1,1	Pulmonar-Hipertensión-Diabetes	19	0,7
Colesterol-Derrame	30	1,1	Infarto-Derrame	16	0,6
Pulmonar-Cáncer	30	1,1	Derrame-Infarto	16	0,6
Derrame-Colesterol	30	1,1	Colesterol-Derrame	15	0,5
Hipertensión-Pulmonar-Colesterol	30	1,1	Pulmonar-Derrame	15	0,5
Pulmonar-Diabetes-Colesterol	29	1,0	Derrame-Diabetes	15	0,5
Pulmonar-Diabetes	28	1,0	Derrame-Pulmonar	15	0,5
			Hipertensión-Colesterol-Diabetes	15	0,5

**Tabla 3. Puerto Rico: Secuencias de enfermedades detectadas con frecuencias absolutas mayores a 15 en PREHCO (Puerto Rico)
(Las categorías no son mutuamente excluyentes)**

<i>Secuencias de enfermedades</i>	<i>F. absol.</i>	<i>F. relat (%)</i>	<i>Secuencias de enfermedades</i>	<i>F. absol.</i>	<i>F. relat (%)</i>
TOTAL	4.228	100,0			
Hipertensión	1.132	26,8	Derrame	27	0,6
Diabetes-Hipertensión	330	7,8	Diabetes-Infarto-Derrame	26	0,6
Hipertensión-Diabetes	326	7,7	Cáncer-Infarto	23	0,5
Diabetes	258	6,1	Infarto-Pulmonar	23	0,5
Hipertensión-Infarto	126	3,0	Hipertensión-Diabetes-Pulmonar	23	0,5
Pulmonar-Hipertensión	93	2,2	Diabetes-Derrame-Infarto	23	0,5
Hipertensión-Cáncer	86	2,0	Pulmonar-Derrame	22	0,5
Pulmonar	76	1,8	Hipertensión-Pulmonar-Infarto	20	0,5
Infarto-Hipertensión	72	1,7	Infarto-Diabetes-Hipertensión	20	0,5
Cáncer	71	1,7	Cáncer-Diabetes	19	0,4
Hipertensión-Pulmonar	66	1,6	Hipertensión-Derrame-Diabetes	19	0,4
Hipertensión-Derrame	62	1,5	Infarto-Hipertensión-Diabetes	19	0,4
Hipertensión-Diabetes-Infarto	55	1,3	Diabetes-Derrame	18	0,4
Diabetes-Hipertensión-Infarto	55	1,3	Cáncer-Pulmonar	18	0,4
Infarto	53	1,3	Infarto-Derrame	18	0,4
Cáncer-Hipertensión	48	1,1	Cáncer-Hipertensión-Diabetes	18	0,4
Hipertensión-Infarto-Derrame	45	1,1	Diabetes-Infarto	17	0,4
Hipertensión-Infarto-Diabetes	43	1,0	Diabetes-Hipertensión-Cáncer	17	0,4
Derrame-Hipertensión	41	1,0	Cáncer-Derrame	16	0,4
Diabetes-Hipertensión-Derrame	39	0,9	Pulmonar-Infarto	16	0,4
Pulmonar-Diabetes	36	0,9	Infarto-Diabetes	16	0,4
Hipertensión-Derrame-Hipertensión	36	0,9	Diabetes-Hipertensión-Pulmonar	16	0,4
Diabetes-Infarto-Hipertensión	36	0,9	Derrame-Infarto-Hipertensión	16	0,4
Diabetes-Cáncer	33	0,8			
Hipertensión-Diabetes-Derrame	33	0,8			

Tabla 4. Costa Rica y Puerto Rico: Riesgos relativos de mortalidad en regresiones de Cox para enfermedades (sin determinar secuencias) y otras covariables en CRELES (Costa Rica) y PREHCO (Puerto Rico)

<i>Covariables</i>	<i>CRELES</i>		<i>PREHCO</i>	
	Riesgo relativo	p-value	Riesgo relativo	p-value
Edad	1,08	**	1,9	**
Urbano	0,97		1,17	
Metrop.	0,96		0,74	**
Mujer	0,84		0,78	*
Educación>=6 años	1,15		0,94	
Hipertensión	0,98		0,86	
Colesterol	0,76	**	-	-
Diabetes	1,60	**	1,58	**
Cáncer	1,85	**	1,85	**
Pulmón	1,26		1,40	
Infarto	1,44		1,55	**
Derrame	2,10	**	1,69	**

Notas: *: p<0,10, **: p<0/05

Tabla 5. Costa Rica: Riesgos relativos de mortalidad en regresiones de Cox para secuencias de enfermedades detectadas con frecuencias absolutas mayores a 15 y otras covariables en CRELES (Costa Rica)

<i>Covariables</i>	<i>RR</i>	<i>p-value</i>	<i>Covariables</i>	<i>RR</i>	<i>p-value</i>
Edad	1,09	**	Pulmonar-Colesterol	1,16	
Urbano	0,95		Pulmonar-Diabetes	1,25	
Metrop.	0,99		Pulmonar-Cáncer	1,73	
Mujer	0,81	*	Pulmonar-Infarto	0,47	
Educación>=6 años	1,09		Pulmonar-Derrame	1,95	
Hipertensión	0,87		Infarto-Colesterol	1,71	
Colesterol	0,53	**	Infarto-Derrame	2,38	
Diabetes	1,68		Derrame-Colesterol	1,09	
Cáncer	1,39		Derrame-Diabetes	3,49	**
Pulmón	1,09		Derrame-Pulmonar	1,54	
Infarto	3,14	**	Derrame-Infarto	0,55	
Derrame	1,93				
Colesterol-Derrame	4,89	*			
Colesterol-Diabetes	0,78				
Colesterol-Cáncer	1,26		Hipertensión-Colesterol-Diabetes	4,56	*
Colesterol-Pulmonar	0,30		Hipertensión-Colesterol-Pulmonar	0,79	
Colesterol-Infarto	0,33		Hipertensión-Diabetes-Colesterol	1,16	
Colesterol-Derrame	0,70		Hipertensión-Pulmonar-Colesterol	1,41	
Diabetes-Colesterol	1,16		Diabetes-Hipertensión-Colesterol	0,87	
Diabetes-Cáncer	0,91				
Diabetes-Pulmonar	1,39				
Diabetes-Infarto	1,35		Pulmonar-Hipertensión-Colesterol	0,72	
Diabetes-Derrame	1,29		Pulmonar-Hipertensión-Diabetes	0,52	
			Pulmonar-Colesterol-Hipertensión	1,54	
Cáncer-Colesterol	1,47		Pulmonar-Diabetes-Colesterol	1,03	
Cáncer-Diabetes	2,94	**			
Cáncer-Pulmonar	0,92				

Notas: *: p<0,10, **: p<0/05

Tabla 6. Puerto Rico: Riesgos relativos de mortalidad en regresiones de Cox para secuencias de enfermedades detectadas con frecuencias absolutas mayores a 15 y otras covariables en PREHCO (Puerto Rico)

<i>Covariables</i>	<i>RR</i>	<i>p-value</i>	<i>Covariables</i>	<i>RR</i>	<i>p-value</i>
Edad	1,09	**	Pulmonar-Diabetes	2,61	
Urbano	1,13		Pulmonar-Infarto	1,64	
Metrop.	0,73	**	Pulmonar-Derrame	2,27	
Mujer	0,77	*			
Educación>=6 años	0,91		Infarto-Hipertensión	1,95	**
			Infarto-Diabetes	3,73	*
Hipertensión	0,64	**	Infarto-Pulmonar	1,77	
Diabetes	1,14		Infarto-Derrame	1,84	
Cáncer	2,11		Derrame-Hipertensión	1,27	
Pulmón	0,83		Derrame-Diabetes	0,85	
Infarto	0,91		Hipertensión-Diabetes-Pulmonar	1,04	
Derrame	2,27		Hipertensión-Diabetes-Infarto	2,29	
			Hipertensión-Diabetes-Derrame	1,14	
Hipertensión-Diabetes	0,63		Hipertensión-Pulmonar-Infarto	0,27	
Hipertensión-Cáncer	1,03		Hipertensión-Infarto-Diabetes	0,19	*
Hipertensión-Pulmonar	0,96		Hipertensión-Infarto-Derrame	2,20	*
Hipertensión-Infarto	1,20		Hipertensión-Derrame-Diabetes	0,18	**
Hipertensión-Derrame	1,24		Hipertensión-Derrame-Infarto	1,14	
Diabetes-Hipertensión	1,79	**	Diabetes-Hipertensión-Cáncer	0,34	
Diabetes-Cáncer	3,97	**	Diabetes-Hipertensión-Pulmonar	0,79	
Diabetes-Infarto	1,66		Diabetes-Hipertensión-Infarto	1,65	
Diabetes-Derrame	1,78		Diabetes-Hipertensión-Derrame	5,48	**
			Diabetes-Infarto-Hipertensión	1,31	
Cáncer-Hipertensión	1,47		Diabetes-Infarto-Derrame	2,44	*
Cáncer-Diabetes	1,89		Diabetes-Derrame-Infarto	0,19	**

Cáncer-Pulmonar	1,74			
Cáncer-Infarto	0,42		Cáncer-Hipertensión-Diabetes	0,89
Cáncer-Derrame	0,29	*	Infarto-Hipertensión-Diabetes	1,00
			Infarto-Diabetes-Hipertensión	0,68
Pulmonar-Hipertensión	0,83		Derrame-Infarto-Hipertensión	1,80

Notas: *: $p < 0,10$, **: $p < 0,05$

Bibliografía

- Brzinsky-Fay, C., Kohler, U. y Luniak, M. (2006). «Sequence analysis with STATA», en *The STATA Journal*, vol. 6, n.º 4, pp. 435-460.
- Curnow, R.N. y Krikwood, T.B.L. (1989). «Statistical analysis of Deoxyribonucleic acid sequence data. A review», en *Journal of the Royal Statistical Society, Series A (Statistics in Society)*, vol. 152, pp. 199-220.
- Gázquez Linares, J.J., Yuste Rossell, N. y Pérez Fuentes, M.C. (2005). «Review of biological hypotheses explaining aging», en *Anales de Psicología*, España: Universidad de Murcia, vol. 21, n.º 2, pp. 323-327.
- Palloni, A., McEniry, M., Dávila, A.L. y García Gurucharri, A. (2005). «The influence of early conditions on health status among elderly Puerto Ricans», en *Social Biology*, Social Science Module, vol. 52, n.º 3-4, pp.132-163.
- Sanderson, P.M. y Fisher, C. (1994). «Exploratory Sequential Data Analysis: Foundations», en *Human-Computer Interaction*, vol. 9, pp. 251-317.
- Seeman, T.E., Crimmins, E., Huang, M.H., Singer, B., Bucur, A., Gruenewald, T., Berkman, L.F. y Rueben, D.B. (2004). «Cumulative biological risk and socio-economic differences in mortality: MacArthur Studies of Successful Aging», *Social Science and Medicine*, vol. 58, pp. 1985-1997.
- Van Heel, Marin (1991). «A new family of powerful multivariate statistical sequence analysis techniques», en *Journal of Molecular Biology*, vol. 220, pp. 877-887.

Vejez y generaciones en Uruguay: ¿envejecemos del mismo modo que antes?¹

Nicolás Brunet²
Mathías Nathan³

Resumen

Este trabajo se propone contribuir al estudio del envejecimiento examinando los cambios sociodemográficos experimentados por adultos mayores de Uruguay a través del tiempo. El objetivo es identificar similitudes y diferencias con las generaciones pasadas y futuras de adultos mayores, y advertir aquellas transformaciones sociales que impactarán en la transición hacia la vejez en los próximos años. Se analizan datos de tres cohortes de nacimientos (1929-1943, 1944-1958 y 1959-1973) para responder algunas preguntas básicas: ¿qué diferencias existen entre los adultos mayores de hoy en día y los de generaciones pasadas?, ¿qué características presentaba en su adultez la cohorte 1929-1943?, ¿qué diferencias sociodemográficas se pueden apreciar entre generaciones? y ¿qué diferencias presentan hombres y mujeres de edad avanzada y cómo se han ido ajustando estas diferencias? Las fuentes de datos utilizadas son los Censos de Población (1975, 1985 y 1996) y la Encuesta Continua de Hogares 2008. La utilidad de un abordaje con fuentes «mixtas» puede representar una primera ventaja en países con carencia de fuentes longitudinales.

Palabras clave: envejecimiento, vejez, generaciones, censos de población.

Abstract

Aging and generations in Uruguay: do we age today in the same way that before?

This work aims to contribute to the study of aging, examining the socio-demographic changes experienced by the elder from Uruguay across time. It proposes to identify similarities and differences with the past and future generations of the elder, and to ascertain the social transformations that will affect the transition towards old age in the next years. We analyze information of three birth cohorts (1929-1943, 1944- 1958, 1959-1973) that allow us to answer some basic questions: What differences exist among the elderly of today and those of past generations? What were the main characteristics of the 1929-43 cohort? What socio-demographic differences can be appreciated between generations? What are the differences between men and women and how have these differences been? We use data from the national Population Census (1975, 1985 and 1996) and the Continuous Household Survey (2008). The use of a mixed-source approach represents an analytical contribution, especially in countries with lack of longitudinal sources.

Keywords: aging, old age, generations, population census.

-
- 1 El presente trabajo surge en el marco del proyecto «Envejecimiento y vejez en Uruguay: realidad demográfica y representación social. Un estudio desde la perspectiva intergeneracional», desarrollado por el Servicio de Psicología de la Vejez de la Facultad de Psicología y el Programa de Población de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la República, Uruguay. Una versión preliminar de este documento fue presentada en el IV Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, ALAP, realizado en La Habana, Cuba, del 16 al 19 de noviembre de 2010. En esta nueva versión se incorporaron las sugerencias emitidas por el/la evaluador/a anónimo/a, a quien debemos darle las gracias por tan importantes aportes. Agradecemos con igual énfasis a Mariana Paredes por sus comentarios y recomendaciones a lo largo de todo el proceso de trabajo. Los errores u omisiones que puedan encontrarse en el texto son de nuestra entera responsabilidad.
 - 2 Programa de Población, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República, nbrunet@fcs.edu.uy.
 - 3 Programa de Población, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República, mnathan@fcs.edu.uy

Introducción

El proceso de envejecimiento de las sociedades contemporáneas se define por el incremento del peso relativo de los adultos mayores sobre el total de la población. La amplia mayoría de los países de América Latina se encuentran inmersos en ese proceso y, de acuerdo a las proyecciones del Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL (2009), se espera que para el año 2030 la proporción de personas de 65 años y más supere el 12,0% de la población latinoamericana. Si bien el ritmo de convergencia en los países del continente será más pausado que el observado para la fecundidad y la mortalidad (Brenes Camacho, 2010), el envejecimiento constituye un resultado del avance de la transición demográfica. De todos modos, dicha «convergencia» supone que las implicancias del envejecimiento poblacional, tanto en términos de necesidades específicas de los adultos mayores como de sus consecuencias sobre la población total, presentan desafíos análogos para la región en su conjunto. En el contexto regional, Uruguay experimentó la transición demográfica de manera precoz, ubicándose a la cabeza de los cambios en la materia. Desde el trabajo pionero de Aldo Solari (1957), se ha evidenciado su carácter «prematureo» en términos de envejecimiento: en 1985 ya había alcanzado el pronóstico para 2030 mencionado más arriba. Con un índice de envejecimiento⁴ del 60,0%, Uruguay es el país más envejecido de América Latina. A menudo, Uruguay es tomado como referencia para estimar el ritmo de convergencia del proceso de envejecimiento de toda la región. A países en regímenes «avanzados» o «moderadamente avanzados» les tomará entre 10 (Chile) y 17-18 (Argentina y Costa Rica; y promedio de la región) o 20 años (Brasil y México) llegar al nivel de Uruguay. Los países más «retrasados» pueden requerir más de 30 años (República Dominicana, El Salvador o Nicaragua); y otros incluso, entre 40 y 50 años (Paraguay, Honduras, Bolivia y Guatemala) para alcanzar un índice de envejecimiento como el uruguayo (Brenes Camacho, 2010: 12).

El envejecimiento poblacional, la creciente importancia de la vejez en la vida de los individuos y sus implicancias en materia de políticas públicas, han sido abordados recientemente a través de diversos trabajos (Berriel *et al.*, 2006; Mezzera, 2007; Paredes 2004 y 2008; Paredes *et al.*, 2010; Rodríguez y Rossel, 2009). No obstante, un conjunto de interrogantes sobre las características de este proceso permanecen

4 El índice de envejecimiento se calcula como el total de población de 65 años y más dividido la población de 0 a 14 años.

abiertas: ¿envejecemos hoy del mismo modo que antes? y ¿cómo se esperaría que sea en el futuro? Este trabajo se propone examinar los cambios sociodemográficos experimentados por los adultos mayores a través del tiempo, desde una perspectiva que intenta analizar y contrastar las características de distintas cohortes de nacimiento ubicadas en un contexto «generacional». La generación en la que nacemos, ¿nos dice algo más sobre nuestro bienestar futuro? ¿Es posible proyectar escenarios de envejecimiento para las «cohortes» de individuos que hoy son jóvenes? Responder algunas de estas preguntas supone examinar en qué medida los atributos de cohorte constituyen evidencia suficiente para la predicción de escenarios demográficos futuros, y por ende, en qué medida la demografía puede ayudar al diseño de políticas en escenarios hipotéticos.

El enfoque generacional y su operacionalización

El concepto de generación presenta distintos usos y significados dentro de las ciencias sociales. Entre ellos, Alwin y McCammon (2007) señalan los tres más comunes: la generación como ubicación dentro de la estructura de parentesco familiar, la generación como cohorte y la generación como participación histórica. Ante este problema, algunos autores han pugnado por una mayor claridad conceptual y una delimitación del alcance de los distintos significados utilizados. En uno de sus trabajos clásicos, Ryder (1965) abogó por la utilización exclusiva del término «cohorte» para dar cuenta del conjunto de individuos nacidos en un mismo intervalo del tiempo histórico, dejando definida a la «generación» en su acepción original e inequívoca como la posición dentro de la línea de descendencia familiar. Sin embargo, tanto en la demografía como en otras ciencias sociales, el concepto de generación continúa estando asociado en muchos casos al de cohorte, tanto en el análisis longitudinal como transversal de los fenómenos poblacionales. Incluso, en trabajos recientes como los de Carlson (2008 y 2009), se ha adoptado el concepto de generación para poder ubicar, describir y etiquetar a cohortes históricas (por ejemplo, la generación de los *baby boom* o de los *lucky few*).

En este trabajo se considera a la «generación» como cohorte de nacimientos. La idea básica es que las cohortes de nacimientos presentan una configuración particular que refleja las circunstancias de su origen e historia, producto de una intersección única entre tiempo biográfico e histórico, que marcará a sus miembros por el resto de sus vidas⁵

5 Esta idea subyace a lo que en el análisis demográfico se conoce como *efecto cohorte*.

(Alwin y McCammon, 2007). En este sentido, el enfoque de cohortes y generaciones puede ser una herramienta útil para analizar los cambios y continuidades observados en la trayectoria vital de los individuos que alcanzaron o alcanzarán la vejez, y a su vez permite vincularlos con determinadas coyunturas políticas, económicas y sociales. Como ha señalado Pérez (2002), pensando en generaciones y no sólo en edades las ciencias sociales podrán aprovechar una clave más para comprender los cambios presentes —en este caso, la profundización del envejecimiento demográfico— y prever los comportamientos sociales futuros.

En Uruguay, la preocupación por abordar los temas del envejecimiento y la vejez a través del análisis de las relaciones sociales entre generaciones está presente en los trabajos de Paredes (2004) y Berriel *et al.* (2006). El estudio de Paredes, además, es un esfuerzo singular por describir las condicionantes sociohistóricas en las que desarrollaron sus experiencias vitales los individuos de sucesivas cohortes. El trabajo de Rodríguez y Rossel (2009) implica otro aporte sustantivo en esta dirección. Si bien no mencionan el enfoque generacional como marco analítico para revisar las características de los adultos mayores en Uruguay, entienden que el estudio de sus condiciones de vida debe ser planteado desde una perspectiva de ciclo de vida y en función del contexto histórico por el que transitaron las personas durante su envejecimiento. Por otro lado, existen un conjunto de estudios recientes que constituyen un avance en materia de comparación de atributos entre cohortes, si bien su foco de estudio no se circunscribe a las personas de avanzada edad. En Salvador y Pradere (2009) se exploran los cambios intergeneracionales y las desigualdades de género en la conformación de hogares, las características económicas y la inserción laboral de varones y mujeres, mediante la aplicación de una metodología de pseudopaneles. En Espino *et al.* (2009), se analiza el aumento de la participación laboral femenina en el período 1981-2006 a partir de variables demográficas, sociales y económicas, así como en relación con la pertenencia a distintas generaciones. Por último, vale mencionar entre los antecedentes de investigación el trabajo de Calvo y Pellegrino (2005) que, al igual que el de Paredes (2004), ensaya una clasificación de generaciones históricas en Uruguay a partir de los sucesos políticos, económicos y sociales experimentados por distintas cohortes de nacimientos.

Como aporte específico del presente trabajo al estudio del envejecimiento demográfico en el país, se propone introducir la perspectiva generacional para identificar similitudes y diferencias entre los adultos mayores a través del tiempo, así como advertir aquellas transformaciones sociales que impactarán en la transición hacia la vejez en

los próximos años. Dada la notable imbricación entre los conceptos de «cohorte» y «generación», en ciertos pasajes, el trabajo se permite utilizar el término «generación» para destacar características observadas de las «cohortes» en su contexto sociohistórico específico, y en el marco de procesos de mayor duración. Se busca responder algunas preguntas básicas: ¿qué diferencias existen entre los adultos mayores de hoy en día y los de décadas pasadas?, ¿qué diferencias presentan hombres y mujeres de edad avanzada, y cómo se han ido ajustando estas diferencias con el correr de los años?, ¿qué características presentaba en su adultez la cohorte de los actuales adultos mayores?, y ¿qué diferencias se pueden apreciar en términos sociodemográficos con las generaciones más jóvenes?

En la tabla 1 se presentan las tres cohortes de nacimientos contempladas en este trabajo (1929-1943, 1944-1958 y 1959-1973) y las edades que alcanzan en los años seleccionados. Como se puede apreciar, la cohorte de nacidos entre 1929 y 1943 se ubica entre los 65 y 79 años de edad en el año 2008. Esta cohorte constituye el objeto central de análisis y el estudio de su perfil permite una aproximación a las características que en la actualidad presentan los adultos mayores de Uruguay.⁶ Las otras dos cohortes representan en el año 2008 a los adultos maduros y adultos jóvenes, con los cuales se contrastará la trayectoria de la cohorte 1929-1943. Como se explicará más adelante, los años seleccionados para revisar las edades alcanzadas por las distintas cohortes (1975, 1985, 1996 y 2008) responden a las fuentes de datos utilizadas en el análisis.

Tabla 1. Edades alcanzadas por las cohortes de estudio en los años 1975, 1985, 1996 y 2008

<i>Nacidos entre:</i>	<i>Años</i>			
	<i>1975</i>	<i>1985</i>	<i>1996</i>	<i>2008</i>
1959-1973	2 a 16	12 a 26	23 a 37	35 a 49
1944-1958	17 a 31	27 a 41	38 a 52	50 a 64
1929-1943	32 a 46	42 a 56	53 a 67	65 a 79

6 El presente trabajo no es estrictamente un análisis de la realidad de los adultos mayores de Uruguay, aspecto que ha sido estudiado de manera detallada en trabajos recientes como los de Rodríguez y Rossel (2009) y Paredes, Ciarniello y Brunet (2010). Vale aclarar entonces que al concentrarnos en la caracterización de la población de 65 a 79 años de edad estaremos excluyendo del análisis de la vejez a las personas de 80 y más años (los también denominados como *oldest-old*).

¿Cuáles son los principales rasgos del contexto sociohistórico experimentado por las tres cohortes de estudio? Si bien es imposible realizar una descripción macrosocial exhaustiva de los eventos que han marcado a las distintas generaciones a lo largo de su existencia, se pueden introducir algunos elementos sobresalientes del contexto político, social y económico de la historia del Uruguay desde el año 1930. La descripción realizada por Paredes (2004) a partir de cinco generaciones históricas es un trabajo de referencia en la materia y un antecedente importante para avanzar en la caracterización de las cohortes aquí presentadas.

Brevemente, los integrantes de la cohorte 1929-1943 nacieron prácticamente al cierre de un largo período de bonanza económica en el país, experimentan en sus primeros años de vida una recuperación económica que estuvo acompañada por una creciente urbanización e industrialización, y son testigos del lento agotamiento de un modelo de desarrollo que llegó a ubicar a Uruguay como la «Suiza de América». Alcanzan la juventud en los sesenta, años de movilización juvenil, militancia social y política, radicalización e incremento de la violencia organizada. Muchos de ellos participan activamente en o se identifican con movimientos obrero-estudiantiles o de lucha armada, e intentan «cambiar al mundo». Varios emigran por motivos económicos o políticos, fundamentalmente a partir de 1970 y luego con la implantación del gobierno de facto (1973-1984). Experimentan, por lo tanto, el período dictatorial y la crisis económica de los ochenta en plena adultez. En la actualidad conforman buena parte de la población inactiva, aunque un significativo número participa activamente de la vida política y económica del país, ocupando incluso posiciones destacadas dentro de las estructuras político-partidarias, empresariales, universitarias y religiosas, entre otras.⁷

Algunos integrantes de la cohorte 1944-1958, que al 2008 se ubican entre los 50 y 64 años, participan también de la agitada vida política y social de los sesenta y setenta. Antes, esta cohorte goza de los beneficios de la restauración democrática posterior al golpe de Estado de 1933 y del «retorno del batllismo» (neobatllismo), donde se afianza el modelo de sustitución de importaciones y de «crecimiento hacia adentro». Sus primeros años de vida están signados por el fortalecimiento de la democracia política, pero también por los efectos cada vez más visibles del clientelismo político y el paulino debilita-

7 A modo de ejemplo, los dos candidatos presidenciales de la última elección nacional, José Mujica y Luis Alberto Lacalle, pertenecen a esta cohorte. También la integra Tabaré Vázquez, presidente electo por el Frente Amplio para el período 2005-2010.

miento y fraccionamiento de los partidos políticos tradicionales hacia la década de los sesenta (Paredes, 2004). En el ámbito social, se destaca la importancia de la reducción significativa del analfabetismo, el crecimiento de las clases medias y la creciente sindicalización de la clase obrera que se había reforzado en décadas anteriores por la vía de la legislación laboral, y la extensión de la cobertura del sistema de seguridad social.⁸ Viven los últimos años de su juventud y los primeros de la adultez durante la dictadura de 1973-1984. Heredan un país perjudicado por la crisis económica y socialmente erosionado por la dictadura militar, en el cual comienza a intensificarse la polarización social (Paredes, 2004). El componente más joven de esta cohorte participa en el inicio de los cambios de las pautas de configuración familiar y experimentará el incremento gradual de la participación de las mujeres en la vida económica.

Finalmente, la cohorte de 1959-1973 experimenta en su infancia procesos políticos cruciales, cuyos efectos perviven hasta nuestros días: el aumento del conflicto social, la lucha obrero-empresarial y la represión de las fuerzas políticas y sociales, el crecimiento de las actividades de la guerrilla urbana, la unificación de la izquierda⁹ y el deterioro de las instituciones democráticas que culmina hacia 1973 con la disolución de las Cámaras legislativas por parte del Poder Ejecutivo. Los más viejos de esta cohorte alcanzan los 25 años en el primer gobierno democrático de posdictadura y llegan a los 49 años en 2008. Es una generación que ha experimentado los estragos del gran deterioro socioeconómico y su legado, probablemente, dejará una huella importante sobre su descendencia futura. Son quienes dan inicio además a las transformaciones familiares: se casan menos, se divorcian más, incorporan prácticas de cohabitación o de unión libre en mayor medida y muchos tienen hijos fuera del matrimonio legal (Paredes, 2004). Conforman el grueso de la población actualmente activa, con una importante participación de las mujeres en el mercado de trabajo.

8 De acuerdo a la literatura existente, el sistema de seguridad social en Uruguay efectivamente se consolida y universaliza hacia 1950 (Caristo y Forteza, 1999; Rodríguez y Rossel, 2009).

9 En 5 de febrero de 1971 se funda el «Frente Amplio», partido político que compite por primera vez en las elecciones presidenciales de ese año.

Datos y métodos

Una de las desventajas que se presentan al momento de estudiar las diferencias entre las trayectorias de las cohortes es la dificultad para obtener datos de fuentes longitudinales. Los datos longitudinales permiten realizar el seguimiento de una misma cohorte a lo largo del tiempo, o bien, la reconstrucción biográfica de los eventos experimentados por sus integrantes a distinta edad. Como contrapartida, su implementación es altamente costosa, particularmente cuando el foco de atención son los adultos mayores, pues sería necesario seguir a una cohorte hasta superar los 60 o 65 años (Pérez, 2002). De hecho, la mayoría de los estudios longitudinales sobre envejecimiento realizados en los países desarrollados, comienzan con individuos que están ya en una etapa muy avanzada de la vida, lo que limita el análisis de las configuraciones sociales y las condiciones históricas a las que estuvieron expuestos antes de llegar a la vejez (Settersen, 2006).

En Uruguay no se cuenta con este tipo de fuentes de datos para abordar las temáticas vinculadas al envejecimiento y la vejez. Es por ello que el presente trabajo se propuso explorar los límites del enfoque longitudinal mediante la utilización de fuentes transversales.¹⁰ En este sentido, la estrategia de análisis constará de tres partes. En primer lugar, se comparan las características del grupo de adultos mayores de la cohorte 1929-1943 (año 2008) con tres grupos de adultos mayores en el pasado (años 1975, 1985 y 1996). Ello permitirá conocer los rasgos singulares del perfil sociodemográfico de los viejos pertenecientes a la cohorte de interés, y a su vez, aproximarse a los cambios que ha experimentado este grupo etario con el correr de las últimas décadas. En segundo lugar, y según las edades definidas en la tabla 1, se revisa la situación de la cohorte 1929-1943 en diferentes momentos del tiempo, de modo de describir su evolución desde los primeros años de la adultez hasta alcanzar plenamente la etapa de la vejez. Esta estrategia de análisis tiene como finalidad observar las transformaciones experimentadas por esta cohorte a lo largo de su vida, resaltando aquellos aspectos que se explicarían fuertemente por un efecto edad.¹¹ Por último, controlando por la edad de las personas,

10 Cabe advertir que todo análisis transversal o de momento resulta particularmente vulnerable al *efecto periodo*. Dicho efecto supone que los indicadores están afectados por coyunturas específicas como, por ejemplo, crisis económicas o políticas, guerras o migraciones de gran escala.

11 El *efecto edad* supone que la probabilidad de experimentar un evento demográfico puede variar significativamente con la edad de las personas.

se describen las diferencias existentes entre las tres cohortes estudiadas al momento de alcanzar la adultez, con lo cual se podrá verificar la existencia o no de efectos cohorte en las variables analizadas y, asimismo, identificar un conjunto de cambios que posiblemente impactarán en las características de los adultos mayores en el futuro.

Se trabaja con los microdatos de los últimos tres Censos de Población (1975, 1985 y 1996) y de la Encuesta Continua de Hogares (ECH) 2008.¹² La incorporación de la ECH entre las fuentes de datos es una medida necesaria para contrarrestar la ausencia de censos nacionales posteriores a 1996,¹³ en tanto resulta prioritario conocer las características de la población y los hogares uruguayos en la actualidad. En los censos se releva a las personas que integran tanto hogares colectivos como particulares, mientras que el marco muestral de la ECH abarca únicamente a la población residente en hogares particulares. Por ello, para poder comparar la información obtenida mediante los censos y la ECH, se optó por excluir en los primeros a la población ubicada en viviendas colectivas.¹⁴

El análisis de los datos disponibles se realiza a partir de cuatro indicadores: tipo de hogar, situación conyugal, nivel educativo alcanzado y condición de actividad económica. Los indicadores seleccionados permiten construir un perfil sociodemográfico de las distintas generaciones. No obstante, el principal desafío que se presenta al asumir una estrategia metodológica de este tipo está ligado a los cambios introducidos en la indagatoria de las variables consideradas a lo largo del tiempo. Los contenidos de los cuestionarios utilizados en la recolección de la información censal y de encuesta de hogares han sufrido modificaciones con el correr de los años —tanto en las preguntas utilizadas como en sus categorías de respuesta—, actualizándose y ajustándose a las recomendaciones internacionales y a los cambios en las formas en que se manifiesta la dinámica social. Ello conlleva

12 La muestra de la Encuesta Continua de Hogares (ECH) 2008 es representativa de toda la población del país residente en hogares particulares (incluyendo las pequeñas localidades urbanas y las áreas rurales). Más información sobre las características de la ECH en <www.ine.gub.uy>.

13 No se contempló entre las fuentes utilizadas el denominado Censo 2004-Fase I, ya que esta operación consistió exclusivamente de un conteo de viviendas, hogares y locales, y del relevamiento de las características básicas de la población (sexo y edad). El último censo de población, hogares y viviendas de Uruguay se desarrolló entre setiembre y diciembre del año 2011, pero los microdatos no estaban disponibles para ser procesados a la fecha de cierre del presente documento.

14 Brenes Camacho (2010) afirma que en América Latina la prevalencia de adultos mayores institucionalizados —aquellos que integran hogares colectivos como residenciales de ancianos, casas de salud, etcétera— es menor al 2,0%. Una cifra similar (2,0%) se encontró para el caso de Uruguay en el año 2004 (véase Paredes *et al.*, 2010: 52).

problemas de comparabilidad que se intentaron mitigar mediante un ejercicio de armonización de variables.¹⁵

Los viejos de hoy y de ayer

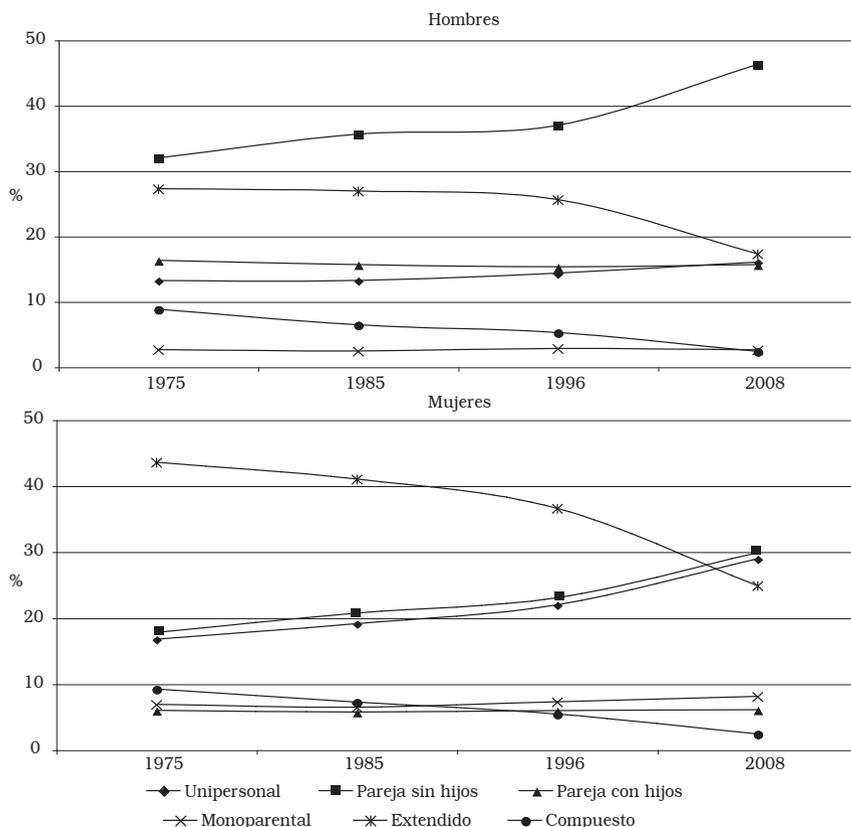
El presente apartado se propone responder la siguiente pregunta: ¿qué diferencias existen entre los adultos mayores actuales y los pertenecientes a décadas pasadas? Para dilucidar este interrogante, se analizará la evolución de las características de las personas entre 65 y 79 años en cuatro momentos históricos (1975, 1985, 1996 y 2008) utilizando los indicadores sociodemográficos mencionados anteriormente. Es importante tener presente que la estructura por edad y sexo de los adultos mayores ha cambiado en los últimos treinta años, producto del aumento de la esperanza de vida al nacer para ambos sexos en el país, que pasó de los 69,6 años en el quinquenio 1975-1980 a los 76,2 años en 2005-2010 (Celade, 2010). En ese sentido, entre los adultos mayores se ha registrado tanto un aumento del peso relativo de las personas de 80 y más años como de las mujeres, dado que las mismas viven en promedio un mayor número de años que los hombres (Paredes, 2008).

Arreglos de convivencia

Un primer aspecto que se puede señalar con relación a los arreglos familiares de los adultos mayores en Uruguay es el incremento constante que han registrado los hogares de parejas sin hijos. En el año 2008, el 37,0% de las personas entre 65 y 79 años vivían en pareja y sin hijos, alcanzando el máximo histórico de este arreglo y conformando el valor modal en este grupo de edad. Como puede observarse en el gráfico 1, en términos comparativos, la proporción de varones en este tipo de hogar ha sido históricamente superior a la de mujeres. De todos modos, los arreglos de parejas sin hijos en las mujeres también experimentan un incremento muy importante a lo largo del período analizado.

15 En Brunet y Nathan (2010) se incluye un anexo con el detalle de las categorías utilizadas en la construcción de los indicadores para cada uno de los años seleccionados.

Gráfico 1. Uruguay, años 1975, 1985, 1996 y 2008: Distribución de hombres y mujeres de 65 a 79 años por tipo de hogar. En porcentaje.



Fuente: elaboración propia con base en datos de Censos 1975, 1985 y 1996 y ECH 2008.

En segundo lugar, en el año 2008 uno de cada cuatro adultos mayores residía en hogares unipersonales. Al igual que en las parejas sin hijos, la serie también señala una clara tendencia incremental de este tipo de hogar en el período. Sin embargo, a diferencia de las parejas sin hijos, son las mujeres la que se encuentran por encima del promedio en toda la serie. En 2008, por ejemplo, el 29,0% de las mujeres conforman hogares unipersonales, mientras que entre los varones este porcentaje se ubica en el 16,0%. A lo largo del tiempo la brecha porcentual de mujeres y varones viejos en dicho arreglo parece acentuarse rápidamente hasta alcanzar su máximo en la primera década del siglo XXI.

El tercer arreglo en importancia relativa lo constituyen los hogares extendidos, que alcanzan al 22,0% de los adultos mayores en 2008. Sin embargo, a diferencia de los hogares de parejas sin hijos y los unipersonales, la participación de los adultos mayores en arreglos familiares extendidos ha experimentado una reducción sostenida a lo largo de las sucesivas décadas (desde 36,0% en 1975 hasta 22,0% en 2008). La caída es particularmente pronunciada para las mujeres, donde la proporción se reduce de 43,0% en 1975 a 25,0% en 2008, al tiempo que para los varones esta reducción es menos espectacular (de 27,0% a 17,0%). Adicionalmente, debe considerarse que el nivel de participación de los hombres en el arreglo ha sido históricamente inferior en términos relativos, y ello se constata en los cuatro años considerados. Desde un punto de vista intergeneracional, la reducción relativa de las personas de 65 a 79 años en los hogares extendidos sugiere la hipótesis del «acortamiento vertical» de los hogares uruguayos, es decir, conviven simultáneamente menos generaciones que en el pasado.¹⁶ A priori, dicho descenso tiene consecuencias capitales en el camino hacia una nueva etapa de cuidados de las personas mayores, en tanto se produce un traslado de los recursos que tradicionalmente estuvieron disponibles dentro del hogar hacia el Estado o el mercado. Sin embargo, si se asume que los arreglos extendidos funcionaron en el pasado como una estrategia implementada para resguardar a los adultos mayores de las condiciones económicas adversas que enfrentaban en la vejez, así como para atender sus necesidades físicas y psíquicas, la disminución de esta configuración familiar también podría interpretarse como un indicador de creciente autonomía de las personas entre 65 y 79 años.

Situación conyugal

En materia de situación conyugal, se registra un importante incremento de los adultos mayores separados y divorciados en los años considerados. Dicho aumento se vuelve más pronunciado entre 1996 y 2008, del 7,0% a 12,0%. En segundo lugar, se observa una reducción paulatina del peso de la viudez en toda la serie, desde niveles cercanos al 31,0% en 1975 hasta el 27,0% en 2008. Entre las mujeres, dicha reducción presenta una mayor intensidad que la observada en

16 Según advierte Brenes-Camacho (2010: 14), en muchos países latinoamericanos la coresidencia (en contraste con la contratación de servicios privados de cuidado) se ha constituido en una de las principales formas de apoyo familiar. Según el autor, en las siete ciudades donde se realizó el estudio SABE, presentar una discapacidad aumentaba la probabilidad de residir en un hogar multigeneracional o de mudarse a uno de estos *versus* la probabilidad de residir solo o con un cónyuge.

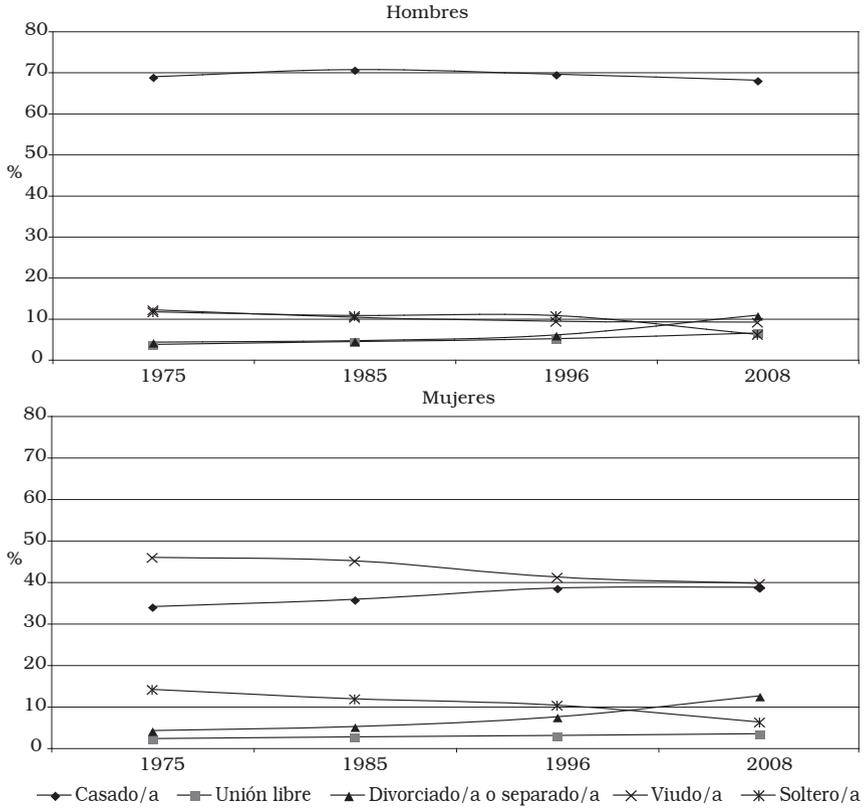
ambos sexos (de 46,0% a 40,0%) y en el caso de los varones la disminución del peso relativo de la viudez se registra desde niveles bastante inferiores (de 12,0% a 9,0%), y se presenta como correlato del aumento de las separadas y divorciadas. Nada indica que la reducción en el caso de los varones soporte una explicación análoga.¹⁷

En tercer lugar, se observa una relativa estabilidad de la proporción de hombres casados (alrededor del 70,0%) y un aumento de las mujeres casadas a lo largo del período considerado. Por otro lado, aunque todavía representan una proporción muy pequeña (inferior al 5,0%), se registra un aumento paulatino pero sostenido de las uniones libres, incluso en estas edades avanzadas. Aunque no es posible identificar qué proporción obedece a una recomposición de la unión y qué otra supone uniones iniciadas en la juventud y sostenidas hasta la vejez, podría indicar un cambio a edades tempranas en las preferencias de los actuales mayores hacia un tipo de arreglo conyugal no legal, hoy más evidente entre las generaciones más jóvenes (Cabella, 2007). Finalmente, entre 1975 y 2008 se procesa una reducción de los solteros/as a la mitad (de 13,0% a 6,0%). Los valores observados no presentan variaciones importantes entre varones y mujeres en los años censales, al punto que en 1996 se observa paridad en ambos sexos. Sin embargo, en 2008 se registra una caída abrupta de dicha proporción. Esta disminución puede corresponder a un cambio en la indagatoria de la situación conyugal relevada con la ECH 2008,¹⁸ la que estaría atenuando —en parte— lo que Ruiz y Rodríguez (2011) denominan como el problema de las solteras y solteros «positivos falsos», es decir, personas que en los censos se declaraban solteras pero que habían estado unidas previamente, aspecto que se ha evidenciado en las experiencias censales de distintos países.

17 Sin embargo, resulta plausible que el diferencial de edad al casarse determine que el porcentaje de varones viudos haya sido históricamente muy inferior, y que sea difícil compararlos sin considerar las diferencias ya no sólo de nivel, sino de significación social de género atribuible al fenómeno. Se advierte la necesidad de profundizar en este aspecto utilizando una perspectiva de género.

18 Véase Anexo en Brunet y Nathan, 2010.

Gráfico 2. Uruguay, años 1975, 1985, 1996 y 2008: Distribución de hombres y mujeres de 65 a 79 años por situación conyugal. En porcentaje



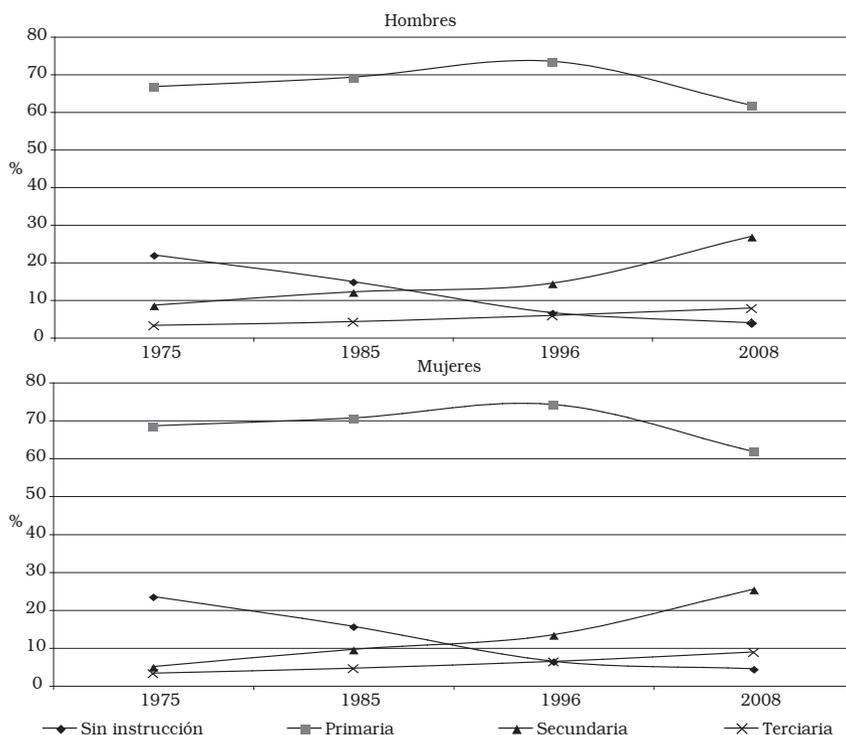
Fuente: elaboración propia con base en datos de Censos 1975, 1985 y 1996 y ECH, 2008.

Vale la pena destacar que hay diferencias en la situación conyugal de hombres y mujeres viejos que se sostienen en el tiempo y que han visto leves modificaciones. En particular, estas disimilitudes se manifiestan en la alta proporción de hombres que se encuentran casados entre los 65 y 79 años (dos de cada tres) y el significativo peso que tienen las viudas y separadas/divorciadas entre las mujeres. Al respecto, se podría señalar que hay ciertos comportamientos sociales que han presentado escasa mutabilidad en los últimos 35 años, como ser las mayores chances de los hombres de llegar a la vejez en unión.

Nivel educativo

Al analizar los datos sobre el nivel educativo alcanzado por los adultos mayores en los distintos años considerados, se observan algunos elementos interesantes que permiten evidenciar un cambio sustantivo en materia de desempeños sociales entre las generaciones, aspecto que se introducirá en este apartado y será retomado más adelante. En primer lugar, entre 1975 y 2008 se registra una reducción importante (de 23,0% a 4,0%) de los adultos de 65 a 79 años «Sin instrucción». Esto sugiere el efecto acumulado de universalización de los distintos niveles educativos (especialmente Primaria) sobre las sucesivas generaciones, que impactó positivamente en la reducción de las personas sin instrucción formal entre los adultos mayores. Según sugieren los datos censales, la mayor disminución se experimenta entre 1985 y 1996, cuando se reduce a menos de la mitad (de 15,0% a 6,0%).

Gráfico 3. Uruguay, años 1975, 1985, 1996 y 2008: Distribución de hombres y mujeres de 65 a 79 años por nivel educativo. En porcentaje



Fuente: elaboración propia con base en datos de Censos 1975, 1985 y 1996 y ECH 2008.

En segundo lugar, entre 1975 y 1996 se observa un aumento proporcional de aquellos que han alcanzado nivel primario (de 68% a 74%). El aumento del acceso al nivel secundario también es considerable, de 7% a 26% durante todo el período analizado, y no menos importante es el aumento de 3% a 8% de la proporción de adultos mayores que han alcanzado el nivel terciario. El menor incremento relativo a medida que aumenta de nivel educativo sugiere que por inercia demográfica el cambio en las proporciones de logro por niveles educativos requiere un período más extenso. Como se verá más adelante, a medida que los años de escolarización de las nuevas generaciones continúan incrementándose, es esperable que la proporción de adultos mayores con nivel educativo alto siga aumentando en el futuro. Por último, como se observa en el gráfico 3, resta destacar que la evolución de este indicador no presenta diferencias significativas entre varones y mujeres.

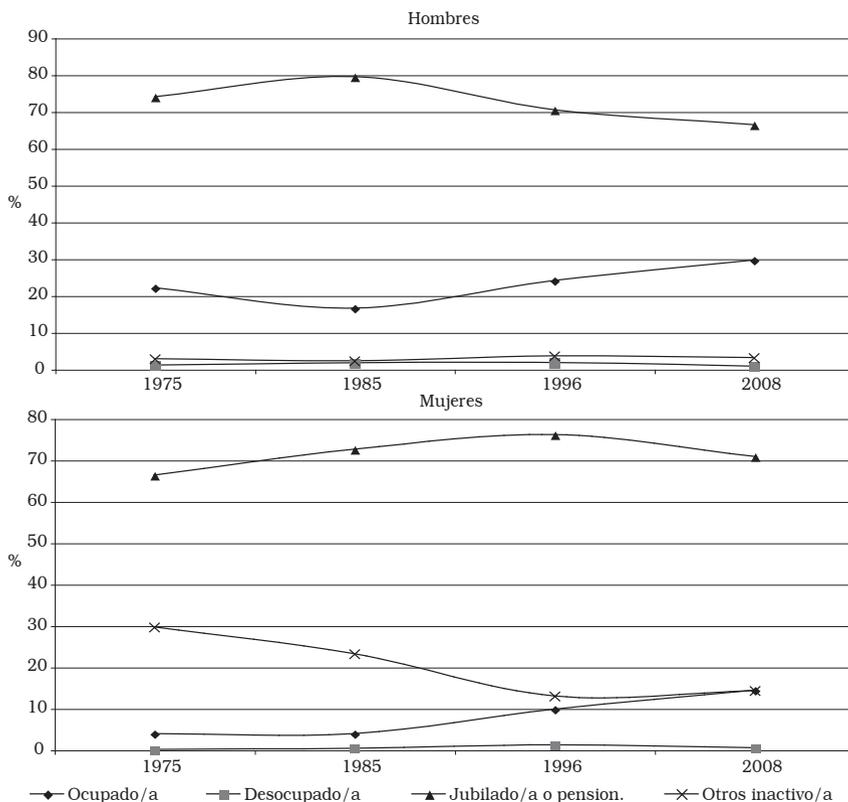
Condición de actividad económica

Según señalan Rodríguez y Rossel (2009) considerando la población de 60 años y más, Uruguay ha tenido la tasa de participación laboral más baja de América Latina (18,0% en 2004). Según dicho informe, el nivel es notoriamente más bajo si se lo compara con países de estructura poblacional similar (como Argentina y Chile, 28,0%) y amplia cobertura de los sistemas de pensiones (Brasil, 25,0%). De acuerdo a las fuentes de datos utilizadas en este trabajo, los porcentajes de ocupación de los adultos mayores muestran importantes variaciones entre 1975 y 1996, oscilando entre 12,0% y 16,0%, incluido un descenso a 9,0% en la mitad del período (1985), para luego alcanzar el 21,0% en 2008. Dichas oscilaciones pueden otorgar una visión imprecisa de los cambios en los niveles de actividad de los adultos mayores, dado que son sensibles a los efectos adicionales de la coyuntura económica.¹⁹ Por otra parte, no se pueden soslayar los efectos potenciales a mediano y largo plazo de la reforma de la seguridad social de 1995 en Uruguay, que implicaron cambios de carácter estructural en el régimen previsional (Caristo y Forteza, 1999; Forteza, 1999; Forteza, 2007; Buchelli *et al.*, 2006).²⁰ Otro aspecto a destacar, es el incremento en la proporción de las mujeres mayores ocupadas, que se triplica entre 1975 y 1996, alcanzando al 21,0% en 2008.

19 En particular, llama la atención el descenso de la ocupación de los varones en 1985.

20 Algunas de sus principales implicancias y de las limitaciones del análisis en este sentido, se discuten en el apartado de conclusiones.

Gráfico 4. Uruguay, años 1975, 1985, 1996 y 2008: Distribución de hombres y mujeres de 65 a 79 años por condición de actividad económica. En porcentaje



Fuente: elaboración propia con base en datos de Censos 1975, 1985 y 1996 y ECH 2008.

Los niveles de desocupación de los adultos mayores son muy bajos, manteniéndose por debajo del 1,0% en todos los años considerados. Sin embargo, en 1996 se observa un incremento que coloca dicha proporción en 1,4%. En particular, se nota que la proporción de mujeres desocupadas comienza paulatinamente a incrementarse hacia 1996. El porcentaje de jubilados o pensionistas muestra para ambos sexos un aumento importante hasta el año 1996. No obstante, si se analizan separadamente los porcentajes para hombres y mujeres, se observa que entre los hombres la proporción de jubilados/pensionistas alcanza su pico en 1985 (79,0%) y a partir de 1996 comienza

a descender hasta alcanzar al 66,0% en el año 2008. En el caso de las mujeres la tendencia va en la misma dirección, aunque el porcentaje de jubiladas o pensionistas continuó en ascenso hasta 1996.

Recordemos que la condición de «Otros inactivos» es una categoría que incluye tipos clásicos de inactividad (rentista, estudiante, quehaceres del hogar y otros no definidos). La evolución de esta condición a lo largo de los censos señala una importante reducción de su peso proporcional, en particular explicado por el comportamiento de las mujeres. En el gráfico se observa que la proporción de mujeres en la categoría «Otros inactivos» se reduce de a la mitad entre 1975 (30,0%) y 2008 (14,0%).

Los viejos de hoy: una revisión de las etapas previas a la vejez

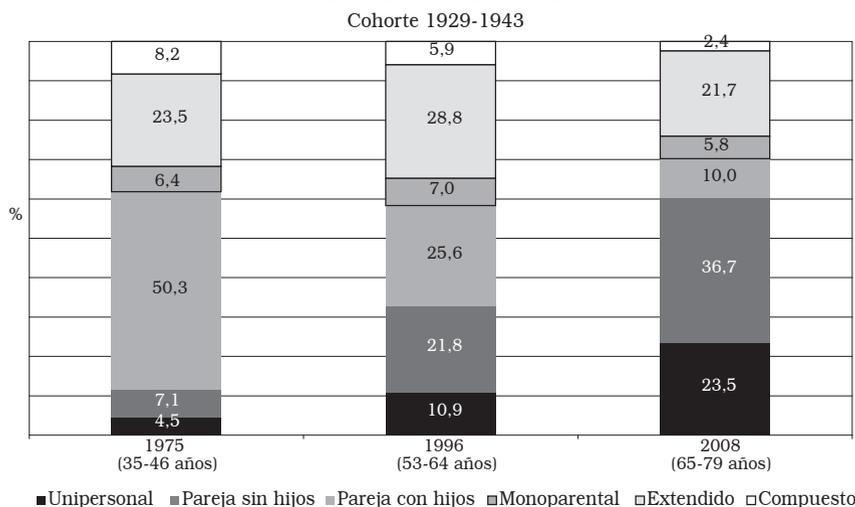
El propósito de este apartado consiste en analizar las características de las personas pertenecientes a la cohorte 1929-1943 en los años 1975, 1996 y 2008, a partir del set de indicadores seleccionados. De este modo, se puede obtener una «secuencia» aproximada que permita describir las modificaciones en las características de la cohorte a través del tiempo. Es importante destacar que el tamaño inicial de una cohorte está dado por el volumen de nacimientos ocurridos, pero posteriormente va fluctuando en función de la mortalidad por edades y de los contingentes migratorios (Ryder, 1965).

Arreglos de convivencia

Como se puede apreciar en el gráfico 5, a medida que la cohorte envejece se va registrando un aumento del peso de los hogares unipersonales y las parejas sin hijos sobre el total. Entre los 35 y 46 años, sólo el 4,5% de integrantes de la cohorte 1929-1943 se encontraba en hogares unipersonales, pero al alcanzar la vejez este tipo de arreglo se torna particularmente relevante (23,5%). Este fenómeno se encuentra asociado al ciclo de vida familiar, que también se manifiesta en la evolución que presentan los otros tipos de hogar. En este sentido, a medida que se avanza en el tiempo, la proporción de personas en pareja con hijos disminuye rápidamente y aumentan los hogares de parejas solas como resultado de la salida de los hijos del hogar de origen.²¹ La proporción de personas en hogares extendidos experimenta un máximo a medida que se aproximan al umbral de la vejez (entre 53 y 64 años), formando una «U» invertida desde la juventud a la tercera edad (23,5%, 28,8% y 21,7%).

21 Situación que comúnmente suele denominarse como «nido vacío».

Gráfico 5. Uruguay, años 1975, 1996 y 2008: Distribución de personas de la cohorte 1929-1943 por tipo de hogar. En porcentaje

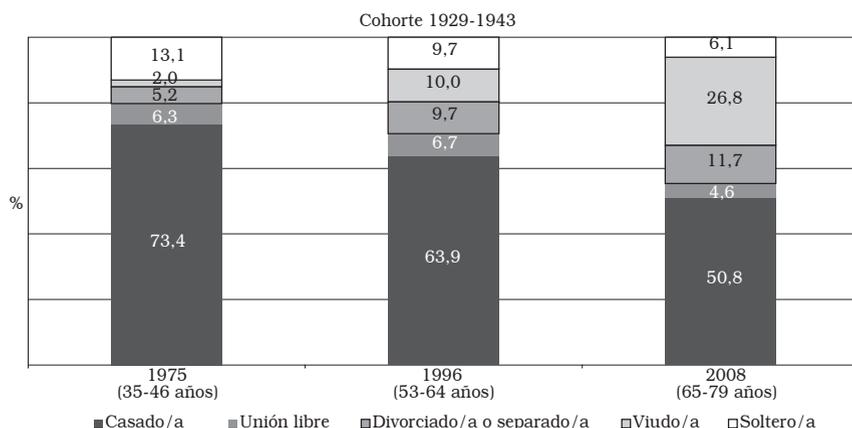


Fuente: elaboración propia con base en datos de Censos 1975 y 1996 y ECH 2008.

Situación conyugal

En cuanto la situación conyugal de los nacidos entre 1929 y 1943, se puede observar la disminución del porcentaje de casados y solteros a medida que transitan hacia la vejez. Dicha reducción se explica por los eventos de unión y disolución conyugal que van experimentando los integrantes de la cohorte a lo largo de la vida. En este sentido, el gráfico 6 da cuenta del aumento de la proporción de divorciados/separados y viudos a medida que la cohorte se envejece. Particularmente, la condición de viudez trepa de 2,0% cuando las personas tienen entre 35 y 46 años, hasta 27,0% luego de superar los 65 años de edad.

Gráfico 6. Uruguay, años 1975, 1996 y 2008: Distribución de personas de la cohorte 1929-1943 por situación conyugal. En porcentaje



Fuente: elaboración propia con base en datos de Censos 1975 y 1996 y ECH 2008.

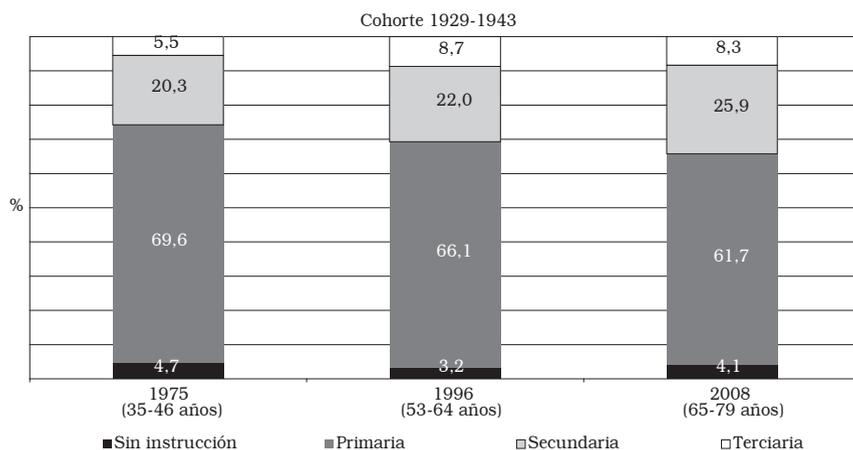
Nivel educativo

Sería de esperar que el logro educativo de las personas no sufra modificaciones importantes una vez que se supera la barrera de los 34 años, fundamentalmente porque luego de esa edad la probabilidad de que las personas incrementen sus años de educación formal es extremadamente baja.²² Como se puede observar en el gráfico 7, la proporción de personas que alcanzan niveles secundario y terciario aumenta entre 1975 y 2008. En 1975, cuando la cohorte tiene entre 35 y 46 años, una de cada cinco personas (20,0%) contaba con enseñanza secundaria. Hacia 2008, en cambio, cuando la generación llega a la vejez, dicha proporción representa poco más de uno de cada cuatro adultos mayores de nuestra cohorte (26,0%). En el nivel educativo terciario el cambio es más importante, aunque se parte de magnitudes inferiores a los niveles secundario y primario. Con la cohorte ubicada en edades adultas (35-46 años) la educación terciaria era del 5,5%, mientras que aumenta al 8% cuando se superan los 65 años.²³

22 Cabe señalar que se han considerado niveles alcanzados, aunque fueran incompletos.

23 A diferencia de los otros niveles, el terciario puede experimentar cambios relativamente más importantes a lo largo de la vida, pues el logro permanece abierto mientras las personas tengan la posibilidad, por ejemplo, de matricularse en la Universidad (que es gratuita y no tiene restricciones de ingreso como la edad).

Gráfico 7. Uruguay, años 1975, 1996 y 2008: Distribución de personas de la cohorte 1929-1943 por nivel educativo. En porcentaje

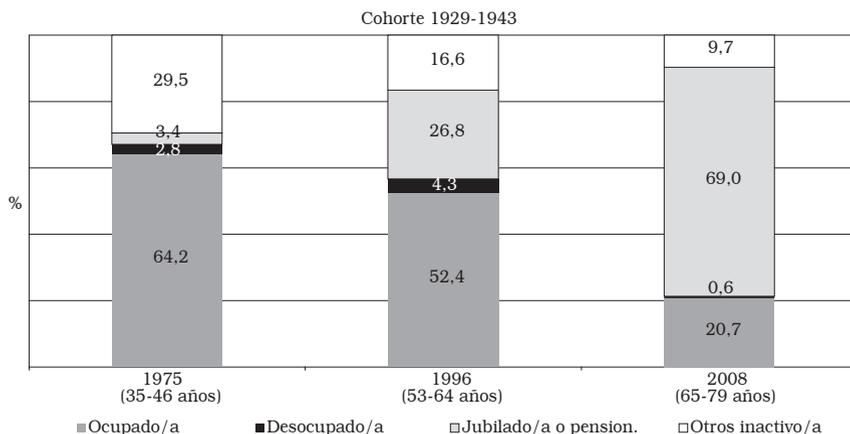


Fuente: elaboración propia con base en datos de Censos 1975 y 1996 y ECH 2008.

Condición de actividad económica

A medida que las personas de la cohorte envejecen, es esperable que disminuya el peso proporcional de los activos respecto a los pasivos. En efecto, esto es lo que se evidencia en el gráfico 8: mientras que en el año 1975 el 64,0% de la cohorte se encontraba ocupada, en 1996 se reduce a 52,0%. Si bien existe una reducción de doce puntos porcentuales, se observa que en dicho año una porción importante se mantiene ocupada por encontrarse todavía dentro de las edades activas. En cambio, la reducción se torna abrupta cuando las personas superan los 65 años: poco más de uno de cada cinco se mantiene empleado en el mercado de trabajo (21,0%). En la misma dirección, la inactividad asociada a la salida del mercado laboral se multiplica cuando la cohorte envejece. El porcentaje de jubilados o pensionistas aumenta cuando la generación se acerca a la vejez (27,0% en 1996) y se dispara entre los 65 y los 79 años, cuando siete de cada diez adultos mayores pasan a dicha categoría. Una vez más se aprecia la importante reducción en los porcentajes de «Otros Inactivos» para la generación considerada: entre 1975 y 2008 se reduce tres veces, de 29,5% a 10,0%.

Gráfico 8. Uruguay, años 1975, 1996 y 2008: Distribución de personas de la cohorte 1929-1943 por condición de actividad económica. En porcentaje



Fuente: elaboración propia con base en datos de Censos 1975 y 1996 y ECH 2008.

Viejos y adultos de hoy en perspectiva generacional

Mientras que en el punto anterior se describían las características que presentaba en su adultez la cohorte 1929-1943, a continuación se aborda la siguiente interrogante: ¿qué diferencias sociodemográficas se pueden apreciar entre dicha cohorte y las cohortes posteriores? Para simplificar, se denomina cohorte objetivo a los nacidos entre 1929-1943, cohorte de control I a los nacidos entre 1944-1958 y cohorte de control II a los nacidos entre 1959-1973. En este caso se aplica una lógica de análisis horizontal, que consiste en identificar diferencias entre cohortes de modo de analizarlas desde una perspectiva generacional-histórica, siendo que la edad ha sido controlada.

Arreglos de convivencia

En cuanto a los arreglos de convivencia, las diferencias más importantes refieren al peso relativo de las parejas con hijos, los hogares extendidos y compuestos en la cohorte objetivo y las dos cohortes de control.

Tabla 2. Uruguay: Distribución de personas de las cohortes 1929-1943, 1944-1958 y 1959-1973 por tipo de hogar según grupos de edad seleccionados. En porcentaje

Tipo de Hogar	Adultos entre 35 y 49 años		Adultos entre 50 y 64 años	
	Cohorte 1929-1943	Cohorte 1959-1973	Cohorte 1929-1943	Cohorte 1944-1958
	(Censo 1975)	(ECH 2008)	(Censo 1996)	(ECH 2008)
Unipersonal	4,5	5,3	10,9	11,1
Pareja sin hijos	7,1	6,5	21,8	22,4
Pareja con hijos	50,3	59,7	25,6	33,9
Monoparental	6,4	11,0	7,0	9,0
Extendido	23,5	15,3	28,8	21,2
Compuesto	8,2	2,3	5,9	2,4
Total	100	100	100	100

Fuente: elaboración propia con base en datos de Censos 1975 y 1996 y ECH 2008.

En 1975, cuando la cohorte objetivo tenía entre 35 y 49 años, una de cada dos personas convivía con su pareja e hijos (50,3%). Sin embargo, para personas de la misma edad pertenecientes a la cohorte de control II (1959-1973) dicha proporción alcanza a seis de cada diez (59,7%). Asimismo, el 23,5% de los primeros y el 15,3% de los segundos estaban en hogares extendidos. Por otro lado, el 8,2% de la cohorte de control integraba un hogar compuesto a esas edades, siendo que en la cohorte de control II dicha proporción se reduce hasta 2,3%. De algún modo, esto sugiere una reducción proporcional «histórica» de la convivencia con personas sin parentesco familiar a estas edades. Por último, se destaca la diferente proporción de hogares monoparentales en la cohorte objetivo (6,4%), que en 1975 representaba casi la mitad respecto a la cohorte de control I (11,0%). Sin embargo, dichos hogares se emparejan en los quince años posteriores de la cohorte.

Situación conyugal

La comparación de la situación conyugal entre las cohortes estudiadas muestra algunas diferencias asociadas al cambio histórico en los patrones de nupcialidad. En 1975, cuando la cohorte objetivo tenía entre 35 y 49 años, la proporción de casados alcanzaba al 73,4%, mientras que en la cohorte de control II se redujo a 54,7%. Asimismo, la proporción de los miembros en unión libre era de 6,3%, al tiempo que alcanza a casi una de cada cinco personas (19,3%) en la cohorte de control II. En la cohorte I se observa que los nacidos quince años después estaban cercanos a duplicar dicha proporción, con lo cual se muestra una tendencia generacional de largo aliento.

Tabla 3. Uruguay: Distribución de personas de las cohortes 1929-1943, 1944-1958 y 1959-1973 por situación conyugal según grupos de edad seleccionados. En porcentaje

<i>Situación conyugal</i>	<i>Adultos entre 35 y 49 años</i>		<i>Adultos entre 50 y 64 años</i>	
	<i>Cohorte 1929-1943</i>	<i>Cohorte 1959-1973</i>	<i>Cohorte 1929-1943</i>	<i>Cohorte 1944-1958</i>
	<i>(Censo 1975)</i>	<i>(ECH 2008)</i>	<i>(Censo 1996)</i>	<i>(ECH 2008)</i>
Casado/a	73,4	54,7	63,9	58,7
Unión libre	6,3	19,3	6,7	10,8
Divorciado/a o separado/a	5,2	15,4	9,7	17,1
Viudo/a	2,0	1,2	10,0	7,1
Soltero/a	13,1	9,4	9,7	6,4
Total	100	100	100	100

Fuente: elaboración propia con base en datos de Censos 1975 y 1996 y ECH 2008.

De un modo análogo, el comportamiento del divorcio y las separaciones muestra cambios sustantivos. Cuando la cohorte objetivo tenía entre 35 y 49 años sólo el 5,2% se había divorciado o separado, mientras que para los nacidos treinta años después (cohorte control II) dicha proporción se triplicaba (15,4%).

Nivel educativo

En 1975, la proporción de personas sin instrucción en la cohorte objetivo alcanzaba casi al 4,7%, mientras que en la cohorte de control I se reducía a 1,2% y en la cohorte de control II hasta 0,5%. La reducción del peso porcentual del nivel primario es también muy importante y sostenida entre las generaciones: el 69,6% de la cohorte objetivo no había superado ese nivel pero treinta años después en la cohorte de control II el porcentaje se había reducido a 28,9%. Consecuentemente, el porcentaje de personas que logran llegar a niveles secundario y terciario crece de modo significativo. Cuando la cohorte objetivo tenía entre 35 y 49 años, el 20,3% había llegado a a nivel secundario y 5,5% al nivel terciario. Para los nacidos entre 1959 y 1973, los porcentajes de logro para nivel secundario y terciario se ubicaron en el año 2008 en 51,6% y 19,0%, respectivamente. Por lo tanto, el análisis del logro educativo en la población desde esta perspectiva permite evidenciar uno de los cambios generacionales más destacables ocurridos en Uruguay.

Tabla 4. Uruguay: Distribución de personas de las cohortes 1929-1943, 1944-1958 y 1959-1973 por nivel educativo según grupos de edad seleccionados. En porcentaje

<i>Nivel educativo</i>	<i>Adultos entre 35 y 49 años</i>		<i>Adultos entre 50 y 64 años</i>	
	<i>Cohorte 1929-1943</i>	<i>Cohorte 1959-1973</i>	<i>Cohorte 1929-1943</i>	<i>Cohorte 1944-1958</i>
	<i>(Censo 1975)</i>	<i>(ECH 2008)</i>	<i>(Censo 1996)</i>	<i>(ECH 2008)</i>
Sin instrucción	4,7	0,5	3,2	1,2
Primaria	69,6	28,9	66,1	41,5
Secundaria	20,3	51,6	22,0	42,3
Terciaria	5,5	19,0	8,7	15,0
Total	100	100	100	100

Fuente: elaboración propia con base en datos de Censos 1975 y 1996 y ECH 2008.

Condición de actividad

Por último, resta dar cuenta de los cambios registrados en la condición de actividad económica de los integrantes de las distintas cohortes. Los porcentajes de ocupados entre 35 y 49 años, muestran diferencias importantes entre la cohorte 1929-1943 y la cohorte 1969-1973: mientras que el 64,2% de los primeros se encontraba ocupado en 1975, en los segundos dicho porcentaje se eleva al 82,8% en 2008. Las jubilaciones y pensiones no muestran diferencias sustanciales cuando se compara la cohorte objetivo y la cohorte de control II (2,8% y 3,9% respectivamente). Sin embargo, cuando nos acercamos a las edades de retiro (entre los 50 y los 64 años) la comparación con la cohorte I muestra un resultado distinto: sólo el 13,4% de los pertenecientes a la cohorte de control I eran jubilados o pensionistas en 2008, mientras que dicho porcentaje alcanzaba al 26,8% en la cohorte objetivo en 1996.

Tabla 5. Uruguay: Distribución de personas de las cohortes 1929-1943, 1944-1958 y 1959-1973 por condición de actividad económica según grupos de edad seleccionados. En porcentaje

<i>Condición de actividad</i>	<i>Adultos entre 35 y 49 años</i>		<i>Adultos entre 50 y 64 años</i>	
	<i>Cohorte 1929-1943</i>	<i>Cohorte 1959-1973</i>	<i>Cohorte 1929-1943</i>	<i>Cohorte 1944-1958</i>
	<i>(Censo 1975)</i>	<i>(ECH 2008)</i>	<i>(Censo 1996)</i>	<i>(ECH 2008)</i>
Ocupado/a	64,2	82,8	52,4	69,8
Desocupado/a	2,8	3,9	4,3	2,7
Jubilado/a o pensión	3,4	2,4	26,8	13,4
Otros inactivo/a	29,5	10,9	16,6	14,1
Total	100	100	100	100

Fuente: elaboración propia con base en datos de Censos 1975 y 1996 y ECH 2008.

La reducción del peso de «Otros inactivos» se puede analizar comparativamente para revisar los resultados anteriores. En 1975, la proporción de otros inactivos representaba el 29,5% en la cohorte 1929-1943. Las cohortes de control I y II indican que dicha proporción se ha reducido a la mitad (14,1%) para los nacidos entre 1944 y 1958 y casi tres veces para la cohorte de 1959-1973 (10,9%). Esto significa que tres décadas después del nacimiento de nuestra cohorte de interés, las generaciones sucesivas han reducido de modo sustantivo los niveles de inactividad. Si se mantiene la hipótesis del cambio de roles femeninos en la sociedad, no resultaría contradictorio suponer que dicha reducción está asociada al descenso de la mujeres que se declaraban amas de casa en los censos y encuestas de hogares.

Conclusiones

El presente trabajo se propuso responder tres preguntas sobre la realidad del envejecimiento y la vejez en Uruguay: a) ¿qué diferencias sociodemográficas existen entre los adultos mayores de 2008 y los de 1975, 1985 y 1996?; b) ¿qué características presentaba en su adultez la cohorte 1929-1943?; y c) ¿qué diferencias se pueden identificar con las sucesivas cohortes? Como ha sido señalado anteriormente, el documento tiene un carácter básicamente descriptivo. La motivación fundamental fue la de plantear una comparación de cohortes y categorías de edad que permitiera tender lazos teóricos con el enfoque generacional. Dicho enfoque pone a los individuos en un clivaje sociohistórico amplio, antes que considerarlos exclusivamente en base a atributos socioeconómicos o territoriales, por mencionar dos ejemplos.

La estrategia metodológica escogida se basó en la inexistencia de fuentes longitudinales apropiadas y —con sus debilidades y fortalezas— constituye un resultado del trabajo en sí mismo: el uso combinado de fuentes de datos censales (1975, 1985, 1996) y muestrales (2008), sobre la base de un estudio previo y detallado de comparabilidad y armonización de variables. La replicabilidad de este abordaje con fuentes «mixtas» en futuros trabajos puede representar una primera ventaja; particularmente, en países con deficiencias de fuentes longitudinales similares a las que enfrenta Uruguay.²⁴ Sin embargo, debe considerarse con atención que no se busca soslayar la relevancia

24 Aprovechando incluso la ventaja de contar con muestras armonizadas de microdatos censales a través del proyecto IPUMS-Internacional (<<https://international.ipums.org/international>>).

de estudios estrictamente «longitudinales». Por otra parte, se advierte que dicha estrategia presenta importantes limitaciones, en particular para aquellos estudios que se propongan realizar inferencia estadística (Campbell y Stanley, 1966; King *et al.*, 1994). Finalmente, la falta de estudios comparativos en el contexto latinoamericano limitan fuertemente la extrapolación de los resultados más allá del contexto uruguayo. Motivan, sin embargo, la necesidad de multiplicar las elaboraciones teóricas específicas que permitan postular hipótesis de mayor alcance, considerando los contextos socioculturales específicos de cada país.

En cuanto a los resultados obtenidos, la aplicación de las tres perspectivas de análisis permitió identificar cambios y continuidades en las características de los adultos mayores en Uruguay desde diferentes ópticas. Ellas permiten superar algunas de las limitaciones intrínsecas del estudio de adultos mayores en un único momento del tiempo, derivando consecuencias del período histórico precedente. En ese esquema, la revisión de las personas entre 65-79 años a lo largo del tiempo permitió aproximarnos a los cambios experimentados por los adultos mayores en Uruguay en el terreno de los arreglos de convivencia, la situación conyugal, el nivel educativo y la condición de actividad. La mirada longitudinal de la cohorte 1929-1943 brindó elementos importantes acerca de las variaciones que experimentaron los actuales adultos mayores a lo largo de su vida. Por último, la comparación entre cohorte de interés y cohortes de control habilitó el análisis de las transformaciones sociodemográficas experimentadas a más largo plazo, y arroja pistas sobre posibles características y desempeños de las futuras generaciones de viejos en Uruguay.

El análisis combinado de los resultados obtenidos mediante estas tres perspectivas arrojó importantes resultados, y motiva interesantes discusiones sobre sus posibles implicancias demográficas a futuro, muchas de las cuales, exceden las posibilidades de este trabajo.

Con relación a los arreglos de convivencia, se observó entre los adultos mayores un aumento proporcional de los hogares unipersonales femeninos y de las parejas sin hijos para los hombres desde 1975 hasta 2008. Estas dos tendencias van en la línea de las transformaciones que ha experimentado la estructura de los hogares uruguayos durante las últimas décadas, particularmente desde la segunda mitad de la década de los ochenta, en cuyo marco los hogares unipersonales y de parejas solas se incrementaron como consecuencia del aumento de la esperanza de vida y de la proporción de adultos mayores en la población (Cabella, 2007). Por otra parte, los datos obtenidos reflejan una reducción del peso de los hogares extendidos entre las personas

de 65-79 años, particularmente entre las mujeres. En este sentido, emerge un cambio significativo en los arreglos de convivencia de las mujeres viejas, que hipotéticamente, podría interpretarse desde el argumento postulado por Buvinic y Gupta (1997) donde la erosión de las redes de apoyo familiar tradicionales y la disminución de los arreglos familiares extendidos, empuja a las mujeres solteras, divorciadas o viudas a vivir por sus propios medios, fomentando la formación de hogares unipersonales femeninos.

Asimismo, el aumento de las rupturas conyugales y la generalización del divorcio en Uruguay han derivado en un aumento de los hogares monoparentales y reconstituidos (Cabella, 2007), aspecto que se constata al comparar la distribución de las tres cohortes estudiadas por tipo de hogar. Desde esta perspectiva, se observa también el aumento de las parejas con hijos y la reducción de los hogares extendidos y compuestos a medida que se consideran los adultos de generaciones más jóvenes. De todos modos, el análisis de los arreglos de convivencia de la cohorte 1929-1943 permitió detectar que los hogares extendidos presentan cierta estabilidad a lo largo de las distintas etapas de su vida.

En consonancia con los cambios observados en los arreglos de convivencia, el incremento de las tasas de divorcio en Uruguay y la expansión de las disoluciones conyugales en las últimas dos décadas (Paredes, 2003; Cabella, 2007 y 2009) podría estar explicando el aumento sostenido de los divorcios y las separaciones entre los adultos mayores a lo largo del tiempo y, junto con el aumento de la esperanza de vida, actuando sobre la disminución del peso porcentual de la viudez para ambos sexos. A su vez, la proporción de adultos divorciados o separados es mayor entre las nuevas cohortes, por lo que dicho fenómeno continuará impactando a las futuras generaciones de adultos mayores. También se observó una reducción de los casados y un aumento de las uniones libres, por lo que se evidencia un cambio sustantivo a nivel generacional que también estaría en línea con los estudios sobre cambio familiar en Uruguay (Paredes, 2003; Cabella, 2007 y 2009).

Salvador y Pradere (2009) han encontrado que en los últimos veinte años las disoluciones matrimoniales se han incrementado en las edades adultas, mientras han experimentado una reducción entre las cohortes jóvenes hasta 29 años. Según su razonamiento, la reducción de los contratos matrimoniales y la postergación de la edad al casamiento explicarían la caída de las disoluciones en los jóvenes. Dado que se trata de un fenómeno registrado en décadas recientes, se entiende que la condición de separado y divorciado tenga mayor peso

en las edades mayores, en vistas de que dichas cohortes estuvieron más expuestas al casamiento en edades tempranas. En cuanto a las diferencias observadas entre hombres y mujeres, el mayor porcentaje de divorciadas y viudas entre las mujeres puede atribuirse tanto a factores biológicos (mayor sobrevivencia femenina) como al hecho de que generalmente se unen a edades más jóvenes que sus cónyuges varones. Por otra parte, las mujeres tienen una menor probabilidad de experimentar segundas uniones luego de separarse, divorciarse o enviudar (Gomes, 2007).

En materia de educación, vale recordar que Uruguay fue —en el contexto de América Latina— un país precursor en materia de políticas de universalización de la enseñanza. La matrícula en los niveles primario y secundario se incrementó ostensiblemente desde mediados del siglo XX y a partir de la década de los ochenta se intensificó el ingreso de estudiantes a la universidad, proceso asociado en gran medida a la universalización de la enseñanza secundaria que se había procesado en las décadas anteriores (ANEP, 2005). A pesar de la universalización «relativamente» temprana del sistema educativo uruguayo, es entre los adultos mayores donde se puede encontrar las personas con menor nivel de instrucción formal. Ciertamente, este grupo ha tenido mayores dificultades para acceder a servicios educativos, probablemente por razones de cobertura de la oferta educativa, ingreso temprano al mercado de trabajo y menores requerimientos de credenciales educativas. No obstante, el análisis de la evolución del nivel educativo entre los adultos mayores en las últimas décadas y su comparación con las cohortes más jóvenes, permitió mostrar la reducción proporcional de las personas sin instrucción, así como de los niveles primario, a medida que se incrementa el logro educativo en los niveles secundario y terciario. Como han evidenciado otros trabajos (Espino *et al.*, 2009; Salvador y Pradere, 2009), el nivel educativo de la población uruguaya se ha elevado generación tras generación, lo que aparece plasmado al comparar los años de educación alcanzados entre distintas cohortes a lo largo del siglo XX. Asimismo, como se menciona en ambos estudios, se destaca desde mediados de siglo un incremento mayor de los años de educación de las mujeres con respecto a los hombres.

Respecto a la condición de actividad económica, los resultados más importantes sugieren un aumento de los porcentajes de personas entre 65 y 79 años ocupados y la notable reducción de las tareas del hogar como condición de inactividad histórica y exclusivamente concentrada en las mujeres. Esta reducción se explica por el aumento de la participación laboral de las mujeres y por el abandono paulatino del rol tradicional de «amas de casa». En este sentido, Salvador y Pra-

dere (2009) mencionan que el fuerte aumento en la tasa de actividad femenina de los últimos veinte años ha terminado por reducir las brechas de actividad entre varones y mujeres. En línea con algunos de los cambios identificados en las últimas décadas, se ha producido en Uruguay un importante incremento de la oferta laboral motivado por el ingreso de mujeres al mercado de trabajo. Este proceso ha estado impulsado en mayor medida por las mujeres casadas y unidas, que conformaban el grueso de población que en el pasado se dedicaba exclusivamente a las tareas del hogar. Por otra parte, la inserción laboral de las mujeres ha estado fuertemente asociada a su acumulación de capital humano: las mujeres con mayor nivel educativo son las que más tempranamente tendieron a incrementar su participación en el mercado laboral; las menos educadas, si bien presentan una menor tasa de actividad, han incrementado su participación a través de las distintas generaciones (Espino *et al.*, 2009).

El debate en contextos europeos y norteamericanos ha sugerido que el aumento de la participación laboral femenina podía ser explicado tanto por factores de demanda (Mincer, 1962; Smith y Ward, 1984) como de oferta (Goldin, 1990). En cualquier perspectiva, y a pesar de la dificultad para establecer vínculos causales con la participación laboral derivada de su carácter «endógeno» (Angrist y Evans, 1998), la disminución histórica de la fecundidad constituye un elemento explicativo que probablemente no pueda ser soslayado para el caso uruguayo. Como se ha señalado en otros países, el aumento de la participación de las mujeres en el mercado de trabajo y el ámbito educativo formal resulta un cambio social de tal envergadura que obliga a los Estados a repensar y redefinir la matriz de protección social (Esping-Andersen, 2009).

Respecto a la condición de actividad de las cohortes de interés, las fuentes utilizadas no permiten análisis más complejos. Sin embargo, la perspectiva a futuro señala la importancia del sistema de seguridad social y los efectos posteriores a las reformas²⁵ sobre la situación de los viejos de hoy y de las cohortes que envejecen en este momento. Evidentemente, algunos de los desafíos más importantes del envejecimiento poblacional se concentran en dos temáticas interrelacionadas e indeliblemente ligadas: por un lado, la solidaridad intergeneracional y

25 Dos en particular: la reforma constitucional (aprobada por plebiscito) en 1989 del mecanismo de ajuste de las pasividades a través del índice medio de salarios; y la reforma de la seguridad social que pasa de un régimen de solidaridad intergeneracional a un régimen mixto de reparto y capitalización individual. Este nuevo régimen no alcanza a los pasivos ni a aquellos que tenían causal jubilatoria en 1996.

contabilidad de las generaciones, y por otro, el futuro de los regímenes de seguridad social y protección para la población de adultos mayores. En cuanto al impacto de la reforma de la seguridad social de 1995, existen varios estudios que analizan el carácter estructural de los cambios del régimen previsional y sus posibles efectos a mediano plazo (Caristo y Forteza, 1999; Forteza, 1999; Forteza, 2007; Buchelli *et al.*, 2006). A partir de modelos de simulación, Forteza (2007) realiza una estimación de posibles efectos distributivos de la reforma aplicada en Uruguay, según su definición de «cuenta generacional» como «suma descontada de los aportes realizados y transferencias recibidas por el trabajador a lo largo de su vida» (2007: 35). Según el autor, la reforma de la seguridad social en Uruguay beneficiará fundamentalmente a las generaciones futuras, reduciendo las transferencias netas al gobierno de las generaciones nacidas luego de 2032. De acuerdo al análisis de Forteza, se esperaría que la cohorte de estudio 1929-1943 (con excepción del último quinquenio de nacimientos) sea beneficiada respecto a las cohortes 1944-1958 y 1959-1973, cuyas variaciones positivas en sus cuentas generacionales indican que los trabajadores pierden con la reforma, ya que transfieren más de lo que lo hubieran hecho sin ella (3,3 a 2,1% en puntos de PBI de cada año). Para los nacidos a partir de los años setenta, las variaciones se mantienen positivas, pero comienzan a disminuir para los nacidos en la década de los noventa y primeros años del siglo XXI. Para Forteza, el costo de la reforma recae en las generaciones intermedias (1937 a 2032):

todas ellas aumentan sus cuentas generacionales después de la reforma, pero los resultados (...) muestran una considerable diversidad en la contribución de estas generaciones (...) Esta diversidad responde a su vez a las distintas formas en que la reforma afecta a diversos colectivos de trabajadores, tanto formales como informales (...) (2007: 41).

Según las simulaciones realizadas, en promedio, los trabajadores formales se benefician con la reforma pero dicho promedio esconde una considerable variabilidad a través de género, niveles de ingreso y a lo largo de las generaciones.²⁶

El sistema de seguridad social uruguayo, conocido como país dentro del grupo de «precursores de la seguridad social» (Mesa Lago, 2008) o «pionero-alto» (Mesa Lago, 2009), goza de un posicionamiento

26 Según Forteza (2007), y de modo consistente con el objetivo expreso de reducir las diferencias entre varones y mujeres en el régimen anterior, se benefician más los hombres que las mujeres. El principal emparejamiento se realiza elevando los requisitos que generan «causal jubilatoria» de las mujeres como la edad de retiro de «jubilación común» de 55 a 60 años; y de «jubilación por edad avanzada» de 65 a 70 años.

privilegiado en términos de la protección histórica de su población en edades maduras. El estudio comparativo sobre sistemas de pensiones en América Latina de Roffman y Lucchetti (2007) muestra la evolución de la cobertura entre 1990 y 2000. Sus datos indican que la importante cobertura del sistema que caracteriza al Uruguay tiene amplios matices, dependiendo del tipo de población que se observe: PEA (58,0%), ocupados (64,0%) y asalariados (78,0%). Si se observa por sector de la economía, los niveles de cobertura resultan muy heterogéneos: desde el más bajo en el sector primario (50,0%) hasta la mayor cobertura en el sector terciario (65,0%). La cobertura del sector secundario ha descendido casi un 10% en ese período (60,0% a 51,0%). Según señalan los datos de estos autores, Uruguay es el único país de la región donde la cobertura seguridad social de la PEA femenina mejoró en aquella década (2007: 16); sin embargo, es evidente que la brecha de 10% a favor de los varones, recién comienza a mostrar signos de reducirse sustancialmente. La cobertura por grupo de edad mejoró un 10% para los mayores de 60 años entre 1990 y 2000, y vale destacar que dicho nivel de mejora y cobertura en Uruguay no es alcanzado por ningún otro país de la región (2007: 20). Pero, ¿qué sucede con la cobertura de los adultos mayores? Según los autores, «la cobertura es extremadamente baja en muchos países, y sólo en Costa Rica, Argentina, Bolivia, Chile, Uruguay y Brasil los índices son de un 60% o más» (2007: 20). Entre las décadas mencionadas, Uruguay se posiciona como el país con mayor cobertura provisional con niveles cercanos al 85%.

Según Brenes Camacho, resulta importante destacar que existen al menos dos criterios para evaluar la cobertura del sistema (fuerza de trabajo y cobertura de jubilación) y que «dichas diferencias de cobertura pueden ser explicadas por efectos de edad y de cohorte» (2010: 19). Más recientemente, han surgido nuevos balances críticos, que introducen creciente incertidumbre en términos de equidad, sostenibilidad fiscal y capacidad de respuesta a las crisis económicas, que amenazan directa o indirectamente el bienestar de la tercera edad actual y de las futuras generaciones de adultos mayores. Según se expresa en la reciente publicación de Rodríguez y Rossel (2009: 141-142), el «sesgo pro-adulto del gasto público social uruguayo», constituye un desafío al desbalance generacional del bienestar: en Uruguay, los adultos mayores se llevan casi el 60,0% de dicho gasto social. Como ha evidenciado dicho informe, se presenta una importante paradoja: por una parte, el Uruguay realiza un esfuerzo muy importante para proteger a sus viejos y, por la otra, los mecanismos que sustentan y promueven dicho esfuerzo pueden terminar socavan-

do el bienestar futuro de las cohortes que envejecerán en los próximos años.²⁷ Evidentemente, las fuentes de datos utilizadas en este trabajo no permitieron profundizar en los debates sobre solidaridad intergeneracional o contabilidad de las generaciones, pero han sido debidamente abordados en la literatura señalada.

Para finalizar, quedará como asignatura pendiente la difícil tarea de profundizar en el diálogo entre los datos obtenidos y el contexto sociohistórico vivido por las generaciones en Uruguay, aspecto que fuera abordado no con pocas limitaciones. La discusión sobre solidaridad y conflicto intergeneracional es aún incipiente en el país, y ha estado pautada desde una perspectiva en la que se oponen infancia y vejez. Abrir las puertas para nuevos enfoques y metodologías de análisis, permitirá comprender mejor los aportes, demandas, oportunidades y desafíos de los individuos en distintas etapas de su vida y en diferentes momentos del tiempo, aspectos centrales para explicar el modo como las personas maduran y alcanzan ciertas configuraciones en la vejez. Ello puede resultar un aporte válido en un contexto donde la profundización del envejecimiento y los cambios familiares representan importantes desafíos para las políticas públicas de Uruguay.

27 Paradoja que se traduce, por ejemplo, en una tasa de inversión en transferencias a la tercera edad (60,0%) superior a la de los países escandinavos (si se considera la razón entre porcentaje de población de 65 años y más y el porcentaje de gasto para ese grupo de edad); y por otra parte, una razón entre porcentaje de pobres de 15 años y menos y 65 años y más significativamente mayor en Uruguay que en los países de la OCDE. Asimismo, en Uruguay la pobreza infantil cuatriplica la pobreza en la tercera edad (Rodríguez y Rossel, 2009).

Bibliografía

- Alwin, D. y McCammon, Ryan (2007). «Rethinking Generations», en *Research in Human Development*, Philadelphia: Taylor & Francis, vol. 4, n.º 3-4, pp. 219-237.
- ANEP (2005). *Panorama de la educación en Uruguay. Una década de transformaciones 1992-2004*. Gerencia de Investigación y Evaluación, Programa de Evaluación de la Gestión Educativa, Programa de Investigación y Estadística Educativa.
- Angrist, J.D. y Evans, W.N. (1998). «Children and Their Parent's Labor Supply: Evidence from Exogenous Variation in Family Size», en *The American Economic Review*, Pittsburgh: AER, vol. 88, n.º 3, pp. 450-477.
- Berriel, F., Paredes, M. y Pérez, R. (2006). «Sedimentos y transformaciones en la construcción psicosocial de la vejez», en López, A. (coord.), *Reproducción biológica y social de la población uruguaya*, Montevideo: Ediciones Trilce.
- Brenes Camacho, G. (2010). «El ritmo de la convergencia del envejecimiento poblacional en América Latina: Oportunidades y retos», en *Revista Latinoamericana de Población*, Año 3, n.º 4-5, pp. 9-26. <http://www.alapop.org/2009/Revista/Articulos/Relap4-5_art1.pdf>, acceso 15 de febrero de 2012.
- Brunet, N. y Nathan, M. (2010). «Vejez y generaciones en Uruguay: ¿envejecemos del mismo modo que antes?» Trabajo presentado en el IV Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, ALAP, realizado en La Habana, Cuba, del 16 al 19 de noviembre de 2010.
- Buchelli, M., Ferreira-Coimbra, N., Forteza, A. y Rossi, I. (2006). «El acceso a la jubilación o pensión en Uruguay: ¿cuántos y quiénes lo lograrán?» Documento de proyecto presentado en el XXXI Período de Sesiones de la CEPAL, realizado entre los días 20 y 24 de marzo de 2006 en Montevideo, Uruguay.
- Buvinic, M. y Gupta, R.G. (1997). «Female-Headed Households and Female-Maintained Families: Are They Worth Targeting to Reduce Poverty in Developing Countries?», en *Economic Development and Cultural Change*, Chicago: University of Chicago Press, vol. 45, n.º 2, pp. 259-280.
- Cabella, W. (2007). *El cambio familiar: una breve reseña de las tendencias recientes*. Cuadernos del UNFPA, Uruguay, Serie divulgación.
- (2009). «Dos décadas de transformaciones de la nupcialidad uruguaya: la convergencia hacia la segunda transición demográfica», en *Estudios Demográficos y Urbanos*, México: El Colegio de México, vol. 24, n.º 2 (71), pp. 389-427.
- Campbell, D. y Stanley, J. (1966). *Diseños experimentales y cuasiexperimentales en la investigación social*. Buenos Aires Madrid: Amorrortu Editores.
- Caristo, A. y Forteza, A. (1999). «La reforma de la seguridad social, las finanzas públicas y el ahorro», en Forteza, A. (ed.), *La reforma de la seguridad social en Uruguay: efectos macroeconómicos y mercados de capitales*. Departamento de Economía, Facultad de Ciencias Sociales, Udelar, Uruguay.
- Carlson, E. (2008). *The Lucky Few: Between the Greatest Generation and the Baby Boom*. Springer Science + Business Media B.V.
- (2009). «20th-Century U.S. Generations», en *Population Bulletin*, vol. 64, n.º 1, Population Reference Bureau. <www.prb.org>, acceso 15 de febrero de 2012.
- Celade (2009). *Observatorio Demográfico n.º 9. Proyección de población*. Santiago de Chile: CEPAL/Celade.
- (2010). *Observatorio Demográfico n.º 9. Mortalidad*. Santiago de Chile: CEPAL/Celade.
- Esping-Andersen, G. (2009). *The incomplete revolution: adapting to women's new roles*. Cambridge: Polity Press.
- Espino, A., Leites, M. y Machado, A. (2009). *Cambios en la conducta de la oferta laboral femenina: el incremento de la actividad de las mujeres casadas*. Diagnósti-

- co e implicancias. Uruguay: 1981-2006*. Serie Documentos de Trabajo, DT03/09, Instituto de Economía, Universidad de la República, Uruguay.
- Forteza, A. (1999). «Los efectos fiscales de la reforma», en Forteza, A. (ed.), *La reforma de la seguridad social en Uruguay: efectos macroeconómicos y mercados de capitales*. Departamento de Economía, Facultad de Ciencias Sociales, Udelar, Uruguay.
- (2007). «Efectos distributivos de la reforma de la seguridad social. El caso uruguayo», en *Cuadernos de economía*, vol. 44, pp. 31-58. <<http://www.scielo.cl/pdf/cecon/v44n129/art02.pdf>>, acceso 15 de febrero de 2012.
- Goldin, C. (1990). *Understanding the gender gap*. Nueva York: Oxford University Press.
- Gomes, M. (2007). *Análisis de situación de población en América Latina y el Caribe*. Fondo de Población de las Naciones Unidas, Ciudad de Panamá: Oficina regional para América Latina y el Caribe.
- King, G., Keohane, R.O. y Verba, S. (2000). *El diseño de la investigación social: la inferencia científica en los estudios cualitativos*. Madrid: Alianza Editorial.
- Mesa Lago, C. (2009). «Efectos de la crisis global sobre la seguridad social de salud y pensiones en América Latina y el Caribe y recomendaciones de políticas», en *Serie Políticas Sociales*. n.º 150. CEPAL: Santiago de Chile.
- Mezzerá, J. (2007). «Envejecimiento: hacia la formulación de políticas», en Calvo, J. y Mieres, P. (eds.), *Importante pero urgente. Políticas de población en Uruguay*. Montevideo: UNFPA-RUMBOS.
- Mincer, J. (1962). «Labor Force Participation of Married Women: A Study of Labor Supply», en Lewis, H. G. (ed.), *Aspects of labor economics*, Princeton University Press.
- Paredes, M. (2003). «Los cambios en la familia en Uruguay: ¿Hacia una segunda transición demográfica?», en *Nuevas formas de familia. Perspectivas nacionales e internacionales*, UDELAR-UNICEF, Montevideo.
- (2004). «Envejecimiento demográfico y relaciones entre generaciones en Uruguay», Trabajo presentado en el I Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población (ALAP), realizado en Caxambú –MG– Brasil, del 18 al 20 de septiembre de 2004.
- (2008). «Estructura de edades y envejecimiento de la población», en Varela, C. (coord.), *Demografía de una sociedad en transición*. Montevideo: Ediciones Trilce.
- Ciarniello, M. y Brunet, N. (2010). *Indicadores sociodemográficos de envejecimiento y vejez en Uruguay: Una perspectiva comparada en el contexto latinoamericano*. Montevideo: UNFPA.
- Pellegrino, A. y Calvo, J.J. (2005). «Veinte años no es nada...», en Caetano, G. (coord.), *20 años de democracia*. Montevideo: Santillana.
- Perez Diaz, J. (2003). *La madurez de las masas*. Imsero, Colección Observatorio de las personas Mayores n.º 12, Madrid.
- Rodríguez, F. y Rossel, C. (coords.) (2009). *Panorama de la vejez en Uruguay*. Montevideo: UCU-UNFPA.
- Rofman, R. y Lucchetti, L. (2006). *Sistemas de pensiones en América Latina: Conceptos y mediciones de cobertura*. Social Protection. Banco Mundial, <http://sitere-sources.worldbank.org/INTLACREGTOPLABSOCPRO/Resources/Pension_Coverage_in_LAC.pdf>, acceso 15 de febrero de 2012.
- Ruiz, M. y Rodríguez, J. (2011). «Familia y nupcialidad en los censos latinoamericanos recientes: una realidad que desborda los datos», en *Serie Población y Desarrollo*, n.º 99, CEPAL: Santiago de Chile.
- Ryder, N. (1965). «The Cohort as a Concept in the Study of Social Change», en *American Sociological Review*, Washington D.C.: American Sociological Association, vol. 30, n.º 6, pp. 843-861.

- Salvador, S. y Pradere, G. (2009). *Análisis de las trayectorias familiares y laborales desde una perspectiva de género y generaciones*. Proyecto «Apoyo a las políticas públicas para la reducción de las inequidades de género y generaciones», Montevideo: INE-UNFPA.
- Settersten, R.A., Jr. (2006). «Aging and the life course», en Binstock, R. y George, L. (eds.), *Handbook of Aging and the Social Sciences*, Maryland: Elsevier/Academic Press, 6th edition.
- Smith, J. y Ward, M.P. (1984). *Women's wages and work in the twentieth century*. Santa Mónica, CA: Rand Corporation.
- Solari, A. (1957). «El fenómeno del envejecimiento en la población uruguaya», en *Revista Mexicana de Sociología*, México: Universidad Nacional Autónoma de México. vol. 19, n.º 2 (May-Aug., 1957), pp. 437-445.

Noticia de los autores

GILBERT BRENES. Investigador en el Centro Centroamericano de Población y profesor asociado en la Escuela de Estadística de la Universidad de Costa Rica. Posee una Maestría Académica en Estadística con énfasis en Población de la Universidad de Costa Rica, una Maestría en Salud de la Población y un Doctorado (PhD) en Sociología de la Universidad de Wisconsin-Madison, gracias a una beca de la Fundación Fogarty. Ha trabajado como estadístico en el actual Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) y en el Poder Judicial, de Costa Rica. Áreas de estudio: mortalidad, envejecimiento, y métodos estadísticos. También tiene publicaciones sobre migraciones Sur-Sur.

Correo electrónico: gbrenes@ccp.ucr.ac.cr; gilbert.brenes@ucr.ac.cr.

NICOLÁS BRUNET. Candidato a Doctor en Sociología por El Colegio de México. Docente y asistente de investigación del Programa de Población, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República (Uruguay). Áreas de estudio: curso de vida, envejecimiento, políticas sociales. Correo electrónico: nbrunet@fcs.edu.uy.

DORIS CARDONA ARANGO. Doctora en Demografía, Universidad Nacional de Córdoba (Argentina) (2010). Magíster en Epidemiología, Universidad de Antioquia, Medellín (Colombia) (2006). Magíster en Salud Pública, Universidad de Antioquia, Medellín (Colombia) (2003). Administradora de Empresas, Fundación Luis Amigó, Medellín (Colombia) (1999). Docente Investigadora de la Universidad CES, Medellín (Colombia). Coordinadora de la Maestría en Salud Pública de la Universidad CES, Medellín (Colombia). Áreas de estudio: envejecimiento poblacional, calidad de vida, mortalidad y fecundidad. Su desempeño docente se centra en la formación de posgrado en demografía, estadística, epidemiología y metodología de la investigación.

Correo electrónico: doris.cardona@gmail.com; dcardona@ces.edu.co.

SAGRARIO GARAY. Realizó estudios de licenciatura y maestría en Economía en la Universidad Autónoma Metropolitana en la ciudad de México. Obtuvo el grado de doctora en Estudios de Población por el Centro de Estudios Demográficos, Urbanos y Ambientales de El Colegio de México. Ha participado en diversos proyectos de investigación colectivos e individuales. Áreas de estudio: envejecimiento, familia y

trabajo. Actualmente se desempeña como profesora investigadora de tiempo completo en la Facultad de Trabajo Social y Desarrollo Humano en la Universidad Autónoma de Nuevo León, México.
Correo electrónico: sgarayv@gmail.com.

CRISTINA GUIMARÃES RODRIGUES. Bacharel em Ciências Econômicas pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) (2004), Doutora em Demografia pelo Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional da Universidade Federal de Minas Gerais (2010), Pós-Doutoranda pelo Departamento de Contabilidade e Atuária da Universidade de São Paulo (2011/212). Exerce atividades de pesquisa voltadas à Demografia da Saúde e Envelhecimento, com ênfase em serviços de saúde. Tem experiência em métodos projeção de demanda por serviços de saúde. É pesquisadora do Grupo de Estudos em Economia da Saúde e Criminalidade (GEESC/UFMG), Núcleo de Estudos em Economia da Saúde e Nutrição (NEEDS/USP) e do Grupo de Pesquisa em Ciências Atuariais (USP).
Correo electrónico: guimaraes.cristina@gmail.com.

ANA CAROLINA MAIA. Economista, com doutorado e mestrado em economia pelo Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) (2004 e 2012) e bacharelado em Ciências Econômicas pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (2001). Desde 2009 é professora de economia na Universidade Federal de Alfenas. Possui experiência em economia aplicada, com ênfase em economia da saúde. Áreas de interesse: regulação, sistemas de saúde, sistema de saúde suplementar brasileiro, informação assimétrica, monitoramento e eficiência hospitalar. É pesquisadora do Grupo de Estudos em Economia da Saúde e Criminalidade (GEESC/UFMG).
Correo electrónico: ana.ca.maia@gmail.com.

IZABEL G. MARRI. Graduada em Ciências Econômicas e tem Doutorado em Demografia pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Atualmente é Pesquisadora do Centro de Políticas Públicas e Avaliação da Educação, da Universidade Federal de Juiz de Fora (CAED/UFJF). Áreas de interesse: demografia econômica, demografia da educação, avaliação de políticas públicas.
Correo electrónico: belmarri@gmail.com.

VERÓNICA MONTES DE OCA. Socióloga y demógrafa. Doctora en Ciencias Sociales con especialidad en población por El Colegio de México. Investigadora titular del Instituto de Investigaciones Sociales de la Universidad Nacional Autónoma de México. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores Nivel II. Áreas de estudio:

envejecimiento, redes sociales, dinámica familiar y sistemas de protección social.

Correo electrónico: vmois@gmail.com.

MATHÍAS NATHAN. Candidato a Magíster en Demografía y Estudios de Población, Universidad de la República. Docente y ayudante de investigación del Programa de Población, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República (Uruguay). Áreas de estudio: población y familia, envejecimiento, producción de datos demográficos.

Correo electrónico: mnathan@fcs.edu.uy.

ENRIQUE PELÁEZ. Doctor en Demografía, Universidad Nacional de Córdoba (2003). Magíster en Demografía, Universidad Nacional de Córdoba (1998). Ingeniero de Sistemas, Universidad Católica de Córdoba (1992). Asesor Regional en Población y Desarrollo Fondo de Población de Naciones Unidas (2012). Investigador del Consejo Nacional de Investigación científica de Argentina (CONICET) Categoría Adjunto (en licencia), Director de la Maestría en Demografía de la Universidad Nacional de Córdoba y Profesor Adjunto por concurso de la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad Nacional de Córdoba (en licencia). Áreas de estudio: envejecimiento poblacional, mortalidad, procesamiento de datos demográficos y estudios sobre vulnerabilidad y segregación residencial.

Correo electrónico: enpelaez@gmail.com; enpelaez@hotmail.com.

MIGUEL ÁNGEL RAMOS PADILLA. Licenciado en Sociología por la Pontificia Universidad Católica del Perú, maestro en demografía por el Colegio de México. Profesor e investigador de la Universidad Peruana Cayetano Heredia en Lima (Perú). Áreas de estudio: envejecimiento de la población, violencia de género, género y masculinidades, salud sexual y reproductiva.

Correo electrónico: miguel.ramos@upch.pe; margaban@yahoo.es.

NÉLIDA REDONDO. Doctora en Ciencias Sociales por la Universidad de Buenos Aires (UBA). Profesora titular e investigadora en materia de «Situación social y calidad de vida de las personas mayores». Universidad ISALUD. Buenos Aires (Argentina). Asesora especializada de la Dirección Nacional de Estadísticas Sociales y Poblacionales. Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC). Argentina. Áreas de estudio: sociología del envejecimiento, particularmente, en temas de relacionados con la situación social, las condiciones y la calidad de vida de la población de adultos mayores en Argentina y América Latina.

Correo electrónico: redondo.nelida@gmail.com.

MÓNICA VIEGAS. Economista, possui graduação em Ciências Econômicas pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) (1990), Mestrado em Economia pelo Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) (1992-1994) e doutorado em Economia pela Escola de Pós Graduação Em Economia Fundação Getulio Vargas (1996-2000). Em 2008-2009 realizou pós-doutorado na Universidade Pompeu Fabra no Centro de Pesquisa em Economia da Saúde. Desde 1995 é professora do departamento de economia e do programa de pós-graduação em economia da Universidade Federal de Minas Gerais sendo atualmente professora associada II. A pesquisa acadêmica concentra-se em economia aplicada com ênfase em Economia do Bem-Estar Social.

Correio electrónico: mviegas@cedeplar.ufmg.br.

SIMONE WAJNMAN. Graduada em Ciências Econômicas e tem Mestrado e Doutorado em Demografia pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). É Pesquisadora do Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional (CEDEPLAR/UFMG) e Professora Associada do Departamento de Demografia da UFMG. Áreas de interesse: demografia econômica e oferta de trabalho, técnicas de análises demográfica e demografia da família.

Correio electrónico: wajnman@cedeplar.ufmg.br.

CLAUDINA ZAVATTIERO. Licenciada en Ciencias-Mención: Matemática Estadística, Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Exactas y Naturales, Paraguay. Máster en Demografía, Población y Desarrollo, Universidad Nacional de Asunción, Paraguay (en desarrollo de tesis). Consultora, Ministerio de Hacienda, Unidad de Economía Social. Miembro del Consejo Directivo, Asociación Paraguaya de Estudios de Población ADEPO, Paraguay. Áreas de estudio: investigaciones demográficas en diversos grupos poblacionales: mujeres en edad fértil, adolescentes, adultos mayores, migración entre otras.

Correio electrónico: claudinaz@gmail.com.

El envejecimiento en América Latina:

evidencia empírica y cuestiones metodológicas

La coordinación de la Red de Envejecimiento de la Asociación Latinoamericana de Población (ALAP) ha organizado en este libro los trabajos de un conjunto de especialistas latinoamericanos que analizan con precisión evidencias empíricas acerca de distintas dimensiones de las condiciones de vida de las poblaciones de adultos mayores, así como de los procesos de implantación y evaluación de los dos cuerpos de políticas que exhiben mayor impacto sobre el bienestar de las personas de mayores: las de salud y las de protección social. El volumen incluye también trabajos referidos a cuestiones metodológicas que realizan una revisión crítica de los alcances y limitaciones que presenta el estudio del envejecimiento en base a las fuentes disponibles en la región y discuten las ventajas de aplicar enfoques metodológicos alternativos.

El libro se propone difundir el acervo de conocimiento académico vinculado al envejecimiento en la región. El rápido proceso de transición demográfica que se registra actualmente en América Latina ofrece la oportunidad de estudiar comparadamente, desde su génesis, los efectos que produce el envejecimiento sobre la estructura social, política y económica en países con distinta raigambre cultural e institucional.

