

ESTUDIOS DEMOGRÁFICOS Y URBANOS

Estudios Demográficos y Urbanos
El Colegio de México, A.C.
ceddurev@colmex.mx
ISSN (Versión impresa): 0186-7210
MÉXICO

2001

Verónica Montes de Oca

DESIGUALDAD ESTRUCTURAL ENTRE LA POBLACIÓN ANCIANA EN MÉXICO.
FACTORES QUE HAN CONDICIONADO EL APOYO INSTITUCIONAL ENTRE LA
POBLACIÓN CON 60 AÑOS Y MÁS EN MÉXICO

Estudios Demográficos y Urbanos, , número 048

El Colegio de México, A.C.

Distrito Federal, México

pp. 585-613

Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal

Universidad Autónoma del Estado de México

redalyc
LA MEMORIA CIENTÍFICA EN LÍNEA
<http://redalyc.uaemex.mx>

Desigualdad estructural entre la población anciana en México. Factores que han condicionado el apoyo institucional entre la población con 60 años y más en México*

Verónica Montes de Oca**

El objetivo de este artículo es determinar qué características económicas, sociales, familiares y contextuales del adulto mayor en México se vinculan para propiciar el apoyo por parte de las instituciones de seguridad y asistencia social en esta etapa de la vida. Después de un breve seguimiento histórico sobre la formación y la normatividad de estas instituciones, se presenta un diagnóstico de la accesibilidad institucional de la población mexicana de 60 años y más en los años noventa. Por último se presentan los resultados de un modelo de regresión logística que muestra algunos factores relacionados con la situación actual del anciano, pero también con atributos que fueron configurándose a lo largo de su curso de vida.

Palabras clave: población adulta mayor, seguridad social, pensiones, servicios médicos, apoyo institucional, desigualdad social, estructura institucional, trayectoria laboral, mercado de trabajo, derechohabencia, condición femenina, condición generacional.

Fecha de recepción: 16 de noviembre de 2000. Fecha de aceptación: 23 de abril de 2001.

Introducción

La meta de un país con desarrollo social debería ser la cobertura universal, para que cualquier manifestación de fragilidad entre su población –independientemente de su edad y sexo– sea satisfecha institucionalmente. No obstante, a principios del siglo XXI aún existen en

* Agradezco a Orlandina de Oliveira, Rebeca Wong y Alberto Valencia la lectura de una versión preliminar, así como a los dos dictaminadores anónimos de la revista que enriquecieron con sus comentarios la reelaboración de este artículo. Este documento fue presentado en una versión preliminar en la VI Reunión Nacional de Investigación Demográfica, organizada por la Sociedad Mexicana de Demografía en la Ciudad de México en julio-agosto de 2000.

** Instituto de Investigaciones Sociales, Universidad Nacional Autónoma de México. Correo electrónico: monteso@servidor.unam.mx

México muchos grupos de población que no cuentan con los mínimos servicios para atender sus necesidades de salud y que incluso carecen de elementales prestaciones laborales (Lustig, 1994; Pacheco, 1996, Oliveira, 1999). Por desgracia, la evidencia ha mostrado que los grupos sociales más pobres y vulnerables no se encuentran cubiertos por institución alguna, ni siquiera para la atención básica a su salud, como es el caso específico de la población con 60 años y más. En México, según cifras de mediados de la década de los noventa, de aquellas personas que tienen 60 años y más –poco más de seis millones– cerca de la mitad carece de atención a la salud y sólo una quinta parte cobra algún tipo de pensión¹ (Ham, 1996 y 1999).

Esta situación muestra un aspecto fundamental de la desigualdad social, cuyo origen estructural y consecuencias sociales pretendo analizar en el presente artículo. La hipótesis central es que entre la población mexicana con 60 años y más, los que cuentan actualmente con protección por parte de las instituciones de seguridad social son aquellos que tuvieron –aunque limitadamente– oportunidades de educación, lo que facilitó su empleo en la época de expansión del mercado de trabajo formal. Bajo esa lógica general, la insuficiente protección institucional de la población femenina adulta mayor es una consecuencia de su escasa o nula actividad económica en el mercado formal, que en parte es producto de su baja escolaridad, pero fundamentalmente de su condición femenina. Otros grupos sociales también han quedado excluidos del apoyo institucional porque desde décadas atrás se ubicaban fuera de la estructura básica de oportunidades socioeconómicas, incluso desde la época del “milagro mexicano” que describe el mejor momento de desarrollo económico nacional.

Para comprobar estas hipótesis organicé el trabajo de la siguiente manera: en una primera parte me refiero a los orígenes de las principales instituciones de seguridad social en México, tomando como eje de la discusión la participación laboral que tuvo la población anciana durante su curso de vida y que la hizo merecedora de la protección de la seguridad social en la vejez. Posteriormente presento algunas estadísticas básicas que resultan relevantes para entender la inseguridad institucional en que viven actualmente amplios segmentos de po-

¹ La pensión es una protección del ingreso frente a las contingencias de la vejez, invalidez, riesgos de trabajo, viudez y orfandad. Se otorgan pensiones por jubilación, incapacidad y para los dependientes (hijos y padres) al morir el sostén familiar.

blación anciana en México. Por último, y como consecuencia del marco conceptual pertinente, analizo los resultados de un modelo de regresión logística que se aplicó para conocer los factores que condicionan la posibilidad de que la población con 60 años y más cuente con apoyo institucional (acceso a servicios médicos y pensión). Sin tratar de agotar la discusión sobre las complejidades de la seguridad social en México, mi intención es brindar algunos elementos adicionales para seguir profundizando sobre los efectos de la desigualdad social en la población con 60 años y más, y su vinculación con las inconsistencias institucionales, políticas y legales en materia de seguridad y asistencia sociales.

Origen y desarrollo de las instituciones de seguridad social en México

Según la Ley del Seguro Social de 1973, “la seguridad social tiene por finalidad garantizar el derecho humano a la salud, la asistencia médica, la protección a los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo”; en 1997, con la reforma a la ley se le agregó “así como el otorgamiento de una pensión que, en su caso y previo cumplimiento de los requisitos legales, será garantizada por el Estado” (artículo 2).

A pesar de lo postulado en las leyes, este derecho a la seguridad social es todavía muy restringido. Desde sus antecedentes –en el siglo XIX– se concibió la seguridad social como un sistema para grupos sociales específicos (por ejemplo: pensiones para funcionarios y empleados públicos). Otro antecedente importante fue el proyecto de Ley de Accidentes, que en 1915 establecía las pensiones e indemnizaciones por parte del patrón hacia sus empleados en caso de incapacidad o muerte por causa de riesgo profesional.²

Un momento crucial fue la discusión en torno a la Constitución Política de 1917, la cual consideraba “el establecimiento de las cajas de seguros populares como los de invalidez, de vida, de cesación involuntaria en el trabajo, de accidentes y de otros con fines similares”. A

² Otro antecedente importante apareció en los últimos años de la dictadura porfiriana en dos disposiciones de rango estatal: la Ley de Accidentes de Trabajo del Estado de México, expedida el 30 de abril de 1904, y la Ley sobre Accidentes de Trabajo del Estado de Nuevo León, expedida el 9 de abril de 1906.

partir de este momento la Constitución sentó las bases para la protección de la población a partir del trabajo asalariado, si bien la función del Estado consistía en “mediar las relaciones de mercado que tendían a ser injustas para los trabajadores y hacerlo de tal manera que (...) los dueños del capital tuvieran la certeza de que esas relaciones estarían claramente reguladas” (Jusidman, 1996).

Las disposiciones constitucionales impulsaron la instalación de la Dirección General de Pensiones Civiles y de Retiro en 1925, y ésta se encargó de proporcionar a los empleados públicos la jubilación, protección durante la vejez y préstamos a corto plazo e hipotecarios. También en ese año se presentó la iniciativa de Ley sobre Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales; con ella se disponía la creación del Instituto Nacional de Seguros Sociales, cuya integración económica debía ser responsabilidad únicamente del sector empresarial. Ante la inconformidad de dicho sector se discutió la utilidad pública de la Ley del Seguro Social con base en un compromiso tripartito entre el sector estatal, trabajadores y patrones. Quince años después, en 1943, se creó el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), y con base en su ley se amparó a todos los empleados privados y a los obreros.

Por otra parte, el Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) fue creado en 1959, con la finalidad de proteger a los trabajadores del extenso aparato estatal. También se crearon sistemas de seguridad social para los estados y progresivamente para los organismos descentralizados: IMSS, en calidad de patrón, Petróleos Mexicanos (Pemex),³ Comisión Federal de Electricidad (CFE), Luz y Fuerza del Centro (LyFC), Ferrocarriles Nacionales de México (Ferroviales), Institutos de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFAM) y la banca central y de desarrollo (Nafin, Banobras, Bancomext y Banrural).

A mediados del siglo XX, con los orígenes de la estructura institucional de la seguridad social en México se puede ver una etapa de lucha y negociación de grupos sociales de gran fuerza política, como los empleados públicos federales, las fuerzas armadas, los maestros federales (organizados en sindicatos), y los trabajadores de tres sectores estratégicos de la economía: petróleo, ferrocarriles y electricidad (CEPAL, 1985). En la base de la estructura social de las instituciones de seguridad social se encuentran los sectores de menor fuerza política:

³ Pemex constituye un caso particular porque asume por sí mismo el otorgamiento de pensiones y de atención de la salud, al margen del IMSS y del ISSSTE.

los empleados privados y obreros, afiliados al IMSS, mientras que en la cúspide están los sectores considerados estratégicos para la etapa política y económica de aquellas décadas. Junto a esta progresiva consolidación de ciertos sectores, se formalizó una estructura diferenciada que bajo normas muy accesibles privilegiaba a ciertos grupos sociales, daba paliativos a la base de la estructura social (obrerros y empleados), y en contraste marginaba a otros que se fueron rezagando de la protección del Estado.

La seguridad social estuvo mediada por la inserción ocupacional de los trabajadores asalariados, fundamentalmente de residencia urbana, y marginó a la población del ámbito rural, a la que desempeñaba actividades no asalariadas, y a aquellos que tenían precarias condiciones laborales. La inclinación hacia este sector de los trabajadores se sustentaba en la creencia de que las actividades consideradas premodernas a mediados del siglo (servicios domésticos, jornaleros agrícolas, y los trabajadores de las pequeñas empresas familiares) poco a poco serían incorporadas al sector industrial (Jusidman, 1996). La legislación en materia de seguridad social se constituyó bajo este supuesto y el régimen obligatorio terminó protegiendo sólo a los trabajadores asalariados urbanos del sector industrial. Por eso la cobertura del IMSS prácticamente se concentró en las primeras dos décadas en el Distrito Federal y algunas áreas urbanas. No obstante, fue hasta los cincuenta cuando la cobertura del IMSS llegó a la población rural, que estaba organizada sindicalmente y representaba una fuerza política. Estamos hablando de los asalariados permanentes, ejidatarios, pequeños granjeros, asalariados estacionales, y trabajadores de plantaciones de café, azúcar, henequén y tabaco. Sin embargo, aún en la década de los sesenta la cobertura de la población económicamente activa (PEA) era mínima para el ritmo de crecimiento de la población mexicana (CEPAL, 1985).

Hasta ahora ha sido posible observar que la seguridad social era para grupos sociales específicos, y sus beneficios estaban muy vinculados con el crecimiento económico y el poder de ciertos sectores estratégicos. La relación entre la seguridad social y el desarrollo del país tuvo a las organizaciones sindicales como negociadoras que lograron beneficios para los trabajadores y sus dependientes. No obstante, la configuración institucional de la seguridad social comenzó a hacer evidente la existencia de esquemas que respetaban fielmente la inequitativa distribución de oportunidades laborales, educativas, salariales y de género entre la población, que en su conjunto contribuyeron a profundizar la desigualdad social en México.

Paralelamente a la institucionalización de la seguridad social para ciertos grupos estratégicos y a la marginación de otros, surgía un nuevo sector económico del cual nacían otras actividades apartadas de la formalización laboral. Nuevas ocupaciones y micronegocios se presentaban, diversificando la participación económica de la población. Era de esperar que los supuestos con que se había construido el aparato institucional de la seguridad social no correspondieran a la dinámica del mercado laboral. Específicamente no se previó en toda su magnitud el crecimiento de población no asalariada y trabajadores informales que empezaron a constituir amplios sectores de población que no cotizaban ni obtendrían beneficios de las instituciones de seguridad social y que simultáneamente, por la precariedad de sus actividades, se ubicarían en condiciones de desventaja estructural.

Fue en 1973 cuando se promulgó una nueva ley en que se planteó que la seguridad social no debía ser “prerrogativa de una minoría”, sino que debía incluir a los grupos marginados por el proceso de desarrollo y a los sectores más débiles. Amparados por esta ley los asegurados recibieron nuevos beneficios (guarderías infantiles, ajuste de pensiones, extensión de la edad de cobertura de los hijos, entre otros), y aunque se pospuso la fecha de incorporación obligatoria de los trabajadores independientes (urbanos y rurales), de los servidores domésticos, los pequeños empresarios, los ejidatarios, no obstante, se dejó su incorporación a la voluntad del patrón (CEPAL, 1985).

Para finales de la década de los setenta se creó el programa IMSS-Coplamar para dar atención a cerca de diez millones de habitantes de zonas rurales marginadas; se impulsó la creación de nuevas clínicas y hospitales logrando con ello un notable aumento en la población usuaria. Se ha dicho que para 1983 la cobertura estadística era de 60% de la población total (CEPAL, 1985), sin embargo este avance en la cobertura de la población era sólo para atención a la salud y no había ningún esquema especial para pensiones. Todavía esta incorporación de la población en las instituciones de seguridad social seguía dependiendo de su participación laboral formal, y fue en la década de los ochenta cuando –con los despidos masivos y el recorte presupuestal– el desempleo creció, expulsando a amplios contingentes de población trabajadora, lo que implicó una crisis en las finanzas de dichos organismos. Grandes contingentes parecían refugiarse en actividades no asalariadas al margen de las ocupaciones formales, donde evidentemente no tendrían seguridad social ni acumularían cotizaciones para su pensión en la vejez.

Adicionalmente, las prescripciones jurídicas que vinculaban el desarrollo y la seguridad social partían de otros supuestos ocultos que reflejaban la desigual distribución de actividades para hombres y mujeres tanto en el mercado de trabajo como en el interior de las familias y sus hogares. Se ponía de manifiesto la ausencia de una perspectiva de género, pero también la falta de una visión que incluyera a las generaciones que nacieron antes de la institucionalización, y que de acuerdo con su curso de vida serían las primeras que a corto plazo necesitarían de la seguridad social por encontrarse en la vejez. Básicamente, el funcionamiento de las leyes de seguridad social se sostenía en la idea de que un jefe de familia hombre obtiene sus ingresos en actividades laborales formales y es proveedor único de su hogar (Rösner, 1997). A partir de él y de sus aportaciones al seguro social, sus familiares serían adscritos como dependientes y por tanto podrían tener atención en alguna institución de seguridad social en caso de enfermedad. La pensión era una prestación otorgada sólo al trabajador, o en caso de su fallecimiento a sus dependientes económicos (esposa, hijos o padres). La estructura institucional estaba orientada hacia la población masculina y poco contó el papel de la mujer en el desarrollo del país, pero tampoco el de aquellas generaciones que por haber nacido antes de la obligatoriedad de los beneficios sociales quedaban excluidas de las prestaciones sociales, como sucedía con la población anciana en México.

Durante estos últimos cincuenta años la configuración de la estructura institucional en materia de seguridad social no fue satisfactoria para la totalidad de la población, de ahí que se presentaran inconformidades sociales. Algunas generaciones crecieron con el conocimiento de sus derechos y de sus posibilidades de bienestar social, mientras otras transfirieron su condición de vulnerabilidad a sus descendientes, impidiendo con ello una mejoría en sus condiciones de vida. Si bien es cierto que las organizaciones encargadas de la seguridad social desempeñaron papeles fundamentales en la disminución de la mortalidad infantil y adulta, en el descenso de la fecundidad, y en el aumento de la esperanza de vida, entre otros, también es cierto que el desarrollo en materia de seguridad social no incorporó a toda la población, pero en estricto sentido no lo hizo para la que más lo necesitaba.

Inseguridad social y dependencia entre la población adulta mayor

En el México de los noventa, de aquellos que trabajaron alguna vez entre la población con 60 años y más, sólo 22% estaba incluido en algún plan de pensiones (Montes de Oca, 1996), aunque otras fuentes aseguran que de la población con 60 años y más sólo 19% cobra algún tipo de pensión (Ham, 1996). Si bien estos datos ponen en evidencia un limitado acceso de la población adulta mayor, la situación es aun más grave para las mujeres en edad avanzada. Sólo la quinta parte de los pensionados son mujeres, y este dato pone de manifiesto la falta de protección real que padece un sector importante de la población adulta mayor en México.

También pone de manifiesto la desventaja estructural que experimentaron diferentes generaciones de hombres y mujeres como consecuencia de las limitadas oportunidades a las que tuvieron acceso, lo cual en gran medida tiene que ver con la formación histórico social que experimentó cada cohorte. La situación es preocupante cuando se avizoran condiciones similares en el futuro, dependientes de un adelgazamiento del Estado como empleador, una escasa demanda del mercado de trabajo formal, una expansión del empleo sin prestaciones ni seguridad social, una mayor participación femenina en actividades no asalariadas, y un desempleo constante.

Sin embargo, algunas investigaciones han proyectado que el monto de la población pensionada respecto a la económicamente activa (PEA), aumentará sustantivamente en las próximas décadas, al pasar de 2.5 millones de pensionados en el año 2000, a 10.4 millones en el 2040, cuando la población mexicana total alcance 132 millones. Aunque el monto de pensionados aumente en el futuro, hay que considerar que uno de los supuestos utilizados en esta proyección es que la PEA con seguridad social casi se mantiene estable sin sobrepasar 50% (Ham, 1999). Esta proyección de la población mexicana con pensión es acorde con las proyecciones demográficas del Consejo Nacional de Población y con el comportamiento de las instituciones otorgantes, tomando en cuenta los requisitos para la obtención de retiros tempranos y, en consecuencia, de la prestación económica, como se ha mostrado también para el caso de los organismos descentralizados (Valencia, 2000: 180).

Pero la seguridad social no sólo se limita a las pensiones, pues si bien este régimen es muy importante, lo es también el acceso a la atención a la salud. Al respecto, las variaciones por edad y sexo tam-

poco son más incluyentes en esta prestación. Aunque la legislación permite integrar a los parientes económicamente dependientes de los trabajadores con seguridad social, lo cierto es que con la separación matrimonial o con el desempleo muchos padres, hijos y cónyuges pierden el derecho a la atención de su salud. En el caso de la población anciana en México, sólo puede tener acceso a las instituciones para la atención de su salud por medio de varias vías: por cuenta propia, es decir, como un derecho adquirido por su participación laboral presente o en el pasado; por un pariente (esposo⁴ o algún descendiente), comprobando su condición de dependencia económica hacia éste; y como población abierta sólo en instituciones de asistencia social. En el caso de la población adulta mayor, puede acceder a los servicios de la asistencia social vía inscripción, la cual en la mayoría de los casos es de costo variable.

Estas formas de acceder institucionalmente, sin embargo, están mediadas por la distribución regional de los servicios, y suele dejar a la población de más escasos recursos que vive de sus actividades en el sector primario y en localidades marginadas prácticamente sin infraestructura sanitaria. Bajo estas condiciones, es explicable que en el México de mediados de los noventa sólo 53% de la población con 60 años y más cuenta con apoyo para ser atendido en su salud por parte de alguna de las instituciones encargadas de la seguridad y asistencia social.⁵

Bajo esta situación, pensando en el panorama institucional y los mecanismos selectivos para incorporar a la población al mercado laboral formal, y por esa vía a las instituciones de seguridad social, podemos considerar tres grupos sociales dentro de la población con 60 años y más:

1) Aquellos derechohabientes en edad avanzada que cuentan íntegramente con pensión⁶ y atención a la salud debido a que tuvieron

⁴ Gracias a una reforma reciente en el ISSSTE se logró que las esposas pudieran asegurar a su cónyuge en la atención a la salud. Hasta el momento es la única institución que ha modificado su legislación en este aspecto.

⁵ A escala nacional se estima que de los 100 millones de mexicanos registrados en los noventa, 35 millones no tienen acceso a los servicios de seguridad social, porque no son derechohabientes (Leal y Martínez, 1996: 22).

⁶ La pensión de los derechohabientes del IMSS es la más baja, pero también la que más población llega a cubrir (Ham, 1999). Entre los pensionados de la administración pública federal existe una gran dispersión respecto al promedio general. Por ejemplo, las instituciones que tienen la pensión más baja son Ferrocarriles Nacionales (Ferronales) y el ISSSTE, con 2.7 y 2.8 salarios mínimos generales del Distrito Federal (SMGDF), y los de mayor pensión son Luz y Fuerza del Centro y Bancomext con 13 y 16.9 SMGDF (Valencia, 2000).

una directa participación económica en el pasado, o porque fueron esposas de trabajadores fallecidos (aproximadamente 22% de la población con 60 años y más con una mayoritaria población masculina).

2) Aquella población en edad avanzada que sólo cuenta con atención a la salud por su condición de dependencia de un familiar derechohabiente a la seguridad social. Pueden ser parientes ascendentes y cónyuges. También podría ser población en edad avanzada que está inscrita en los servicios de salud destinados a población abierta o que tienen derecho a algún servicio privado de atención (en conjunto cerca de 32% de la población femenina y masculina con 60 años y más).

3) Aquella población que carece de cualquier apoyo institucional (pensiones y acceso a la atención a su salud) (alrededor de 46% de la población con 60 años y más en donde hay mayoría femenina) (véase el cuadro 1).

Como se puede apreciar, los apoyos institucionales varían sustancialmente entre hombres y mujeres con 60 años y más, ya sea por el momento en que se formaron las instituciones de seguridad social, los requisitos establecidos por la normatividad, la división sexual de trabajo, o la vinculación de la población con el mercado de trabajo formal. En este proceso se dejó a amplios contingentes de población sin seguridad social, es decir, sin pensiones y sin acceso a la atención a la salud para los veinte o treinta últimos años de su vida.

Para efectos prácticos cabe señalar que por la forma en que está estructurada la seguridad social en nuestro país no es posible contar

CUADRO 1

Distribución de la población con 60 años y más según condición de atención a la salud y sexo por condición de pensión, México, 1994 (muestra ponderada)

<i>Pensión</i>	<i>Atención a la salud</i>					
	<i>Ambos sexos*</i>		<i>Mujeres</i>		<i>Hombres</i>	
	<i>No tiene</i>	<i>Sí tiene</i>	<i>No tiene</i>	<i>Sí tiene</i>	<i>No tiene</i>	<i>Sí tiene</i>
<i>n**</i>	1590	1849	530	551	1051	1287
No tiene	46.2	31.9	49.0	38.8	44.9	28.5
Sí tiene	0.9	21.0	0.3	11.9	1.3	25.3

* Chi-square: 711.24 (df=1), $p < 0.00000$.

** La muestra comprende sólo a aquellos que trabajaron alguna vez, es decir 3 439 casos.

Fuente: Cálculos propios a partir de la ENSE-94.

con pensión sin la seguridad del servicio médico, pero es posible tener atención a la salud sin pensión. Al tomar esta consideración también se incluye el papel de *la asistencia social* como parte sustantiva de la política social actual. Una buena parte del presupuesto nacional se destina a instituciones que tienen como obligación atender a la población abierta, que carece de derecho por sus actividades laborales y que no cuenta con recursos económicos. Aunque su impacto sea menor, es muy importante que desde ahora se le tome en cuenta, ya que es posible esperar que la demanda hacia estas instituciones vaya en aumento en los próximos años. De igual manera sería interesante analizar el papel de las instituciones privadas que cada vez adquieren más relevancia ante la estrechez del gasto y los cambios en materia legislativa en salud pública (Chávez, 1995; Leal, 2000).

Factores que han condicionado el apoyo institucional en la población adulta mayor

A partir de este reducido breviarío histórico y de la situación reciente de la población adulta mayor en México, parecería obvio señalar a los contingentes que quedaron excluidos de la seguridad social en México. Pero para profundizar un poco más habría que añadir otra serie de características que han sido aludidas por la literatura como aquellas que hacen factible el que la población cuente con ciertas prestaciones y servicios institucionales (Arber, Gilbert y Dale, 1985; Arber y Gilbert; 1989; Arber 1991 y 1996; Arber y Ginn, 1993; Ginn y Arber, 1993 y 1996; Bernard *et al.*, 1996).

Para la población que nos ocupa y con los datos que tenemos, contamos con una serie de variables adicionales que es posible analizar con un método multivariado. Me refiero a la descendencia, posesión de bienes, condiciones de salud, edad, lugar de residencia, condición de actividad y percepción de ingresos. Algunas de esas características reflejan situaciones actuales de la población adulta mayor, mientras que otras fueron determinadas durante su trayectoria de vida, probablemente en la etapa productiva o reproductiva, incluso en la infancia. Así por ejemplo, tener hijos es una característica que se logró en las primeras etapas del curso de vida de esta población; algo similar sucede con la escolaridad, la actividad laboral y la acumulación de bienes materiales.

Estos atributos han sido mencionados en la literatura como los factores que permitirían predecir la existencia de ciertos beneficios

de tipo institucional entre la población con 60 años y más. Entre las variables consideradas *socioeconómicas*, la actividad económica y la percepción de ingresos pueden ser factores que condicionen el apoyo institucional, ya que una mejor situación socioeconómica entre la población anciana podría facilitar su adscripción por vía propia o por los familiares. Pero en caso de que la situación sea desventajosa, puede desatarse una red de apoyo por parte de los familiares que considere los beneficios indirectos de la seguridad o la asistencia sociales.

Un conjunto de variables *sociodemográficas* referentes al adulto mayor son la edad, el sexo y la escolaridad. Respecto a la primera variable sería interesante considerar si el aumento de la edad cronológica es un factor que condicione el apoyo institucional. Esto representaría otro vistazo a la problemática en salud que está asociada con los octogenarios y nonagenarios, cuya situación ya es alarmante en la gran mayoría de los países desarrollados. Respecto al sexo del adulto mayor, la perspectiva de género señalaría a las mujeres como un grupo poblacional que no tuvo adscripción al régimen de pensiones y al servicio médico debido a su inserción tardía en el mercado de trabajo, así como a su baja escolaridad. Sin embargo, ambas situaciones se vinculan profundamente con su condición femenina y con la concepción dominante de que el trabajo doméstico y la crianza de los hijos no tiene un valor económico que legitime la obtención de una pensión en la vejez. Una situación menos desventajosa ocurre para la población masculina adulta mayor, sin embargo ellos se ven también inermes ante las condiciones del mercado de trabajo. La escolaridad de los adultos mayores, por su parte, podría poner de manifiesto un acceso limitado de oportunidades en las etapas tempranas del curso de vida de las primeras generaciones de hombres y mujeres en el siglo XX. El concepto de educación para los adultos, recientemente acuñado, pudo llegar tarde y no incidir para cambiar las condiciones sociales de estas generaciones.

Una variable categórica que se considera fundamental en este estudio es el estado funcional del adulto mayor. Sería necesario determinar si las condiciones deficientes⁷ en la salud del adulto mayor ge-

⁷ Se considera que el adulto mayor tiene un estado funcional deficiente cuando no puede realizar, aun con ayuda, ninguna de las siguientes actividades de la vida diaria (AVD): salir de casa, desplazarse entre las habitaciones, caminar en una rampa o escalera, caminar tres cuadras, llegar al inodoro a tiempo, bañarse, vestirse y desvestirse, entrar y salir de la cama, cortarse las uñas de los pies, tomar sus medicamentos, manejar su dinero, alimentarse, entre otras.

neran una estrategia para acceder al apoyo institucional. Entre las variables *familiares* podríamos cuestionar si la descendencia es otro factor que permite contar con servicio médico o pensión. En México los padres dependientes pueden ser asegurados por los hijos(as) trabajadores asalariados tanto por el sistema de seguridad social como por instituciones privadas. Por último, la variable contextual tamaño de localidad puede mostrar en definitiva que los residentes en zonas rurales carecen de acceso a estas instituciones tanto por una cuestión geográfica, como porque sus actividades económicas –ligadas a la agricultura– no fueron consideradas relevantes para el modelo de desarrollo imperante, y por tanto no se les incluyó como objeto de cotización para una pensión futura (véase el cuadro 2).

Datos y métodos

A partir de estas variables explicativas pretendo ubicar, valiéndome de la aplicación de una serie de modelos de regresión logística, los factores más importantes que condicionan el apoyo institucional entre la población con 60 años y más. El apoyo institucional es la variable dependiente que se traduce en el acceso que tiene la población adulta mayor en México a las diferentes instituciones que conforman el sistema de seguridad y asistencia social para obtener una pensión o servicios médicos. Si bien es cierto que las pensiones son una forma muy importante de respaldo institucional, la atención a la salud representa también un apoyo relevante en el mantenimiento y cuidado a la población anciana ante la aparición de enfermedades, compra de medicamentos y atención especializada.

El apoyo institucional es una variable dicotómica⁸ (0 = no tiene y 1 = sí tiene) que se creó a partir de los microdatos de la Encuesta Nacional sobre la Sociodemografía del Envejecimiento (ENSE), realizada en agosto de 1994.⁹ Esta encuesta sólo es representativa a escala na-

⁸ Esta variable se generó a partir de la respuesta afirmativa a las siguientes preguntas del módulo de apoyo institucional y seguridad social del cuestionario de la ENSE: pregunta 90. ¿Tiene usted derecho a los servicios de IMSS, ISSSTE, ISSFAM, Institutos Estatales, Pemex, SSA, INSEN, DIF u otros?; 91. ¿Por parte de quién tiene usted acceso a los servicios de esas instituciones?; y 92. ¿Utiliza usted alguno de los servicios de estas instituciones?

⁹ El uso de esta encuesta requirió una revisión de la codificación inicial y su traslado a otros programas de cómputo (ISSA) que permitieran utilizar con cierta facilidad y confiabilidad la información de los diferentes módulos aplicados en el cuestionario.

CUADRO 2

Variables utilizadas en el análisis multivariado sobre apoyo institucional (incluye categorías de referencia en las variables *dummy*)

<i>Variable</i>	<i>Descripción</i>	<i>Categorías y códigos</i>
<i>Variable dependiente</i>		
Apoyos sociales	<i>Apoyo institucional.</i> Condición de tener pensión o servicio médico.	0: No tiene. 1: Sí tiene (Log).
<i>Variables independientes</i>		
1) Socioeconómicas	<i>Condición de actividad y de ingresos.</i> Esta variable refiere cuatro situaciones socioeconómicas del adulto mayor desde la peor situación hasta la mejor. En este caso la categoría de referencia representaría la mejor condición económica. <i>Propiedad de bienes y vivienda.</i> Esta variable representa la posible acumulación de bienes que pudo realizar el adulto mayor durante su vida. Va desde la peor situación hasta la mejor.	Variables <i>dummy</i> 1: No trabaja y no tiene ingresos. 2: No trabaja y tiene ingresos. 3: Trabaja y no tiene ingresos. 4: Trabaja y tiene ingresos.* Variables <i>dummy</i> 1: No tiene nada. 2: Posee vivienda. 3: Posee bienes. 4: Posee bienes y vivienda.*
2) Sociodemográficas del anciano	<i>Edad.</i> Años de vida del adulto mayor declarados en la encuesta. <i>Sexo:</i> Sexo del adulto mayor. <i>Escolaridad.</i> Condición de haber cursado años de estudio.	Variable continua 0: Hombre. 1: Mujer.* 0: Sin estudios. 1: Con estudios.*
3) De la salud del anciano	<i>Estado funcional.</i> Evaluación de las actividades de la vida diaria. El estado deficiente representa una situación en la que no es posible realizar actividades de la vida diaria aun con ayuda. La segunda representa poder realizar ciertas actividades sin ayuda y otras con ayuda. La categoría de referencia implica poder realizar todas las actividades mencionadas sin ayuda.	Variables <i>dummy</i> 1: Deficiente. 2: Casi aceptable. 3: Aceptable.*
4) Familiares	<i>Número de hijas.</i> Descendencia femenina del adulto mayor. <i>Número de hijos.</i> Descendencia masculina del adulto mayor.	Variable continua Variable continua
5) Contextuales	<i>Tamaño de localidad.</i> Localidades con más de 100 habitantes, mientras que la categoría de referencia son las localidades con menos de esa cantidad.	0: Urbana. 1: Rural.*

* Categoría de referencia.

cional y se aplicó exclusivamente a poco más de cinco mil personas, hombres y mujeres con 60 años y más (46.9 y 53.1% respectivamente). El levantamiento de la encuesta contó con un muestreo probabilístico no autoponderado. El esquema de muestreo fue estratificado con selección de conglomerados en dos etapas. La unidad de muestreo de la primera etapa fue el Área Geoestadística Básica definida para el XI Censo General de Población y Vivienda de 1990, y para otros casos fueron las localidades. Se obtuvo información completa de 3 956 viviendas con un miembro con 60 años y más; de éstas se completaron poco más de cinco mil cuestionarios individuales que contienen la información de la población con 60 años y más. El cuestionario de la ENSE-94 contenía tres partes principales: el cuestionario de vivienda, el cuestionario de los integrantes del hogar, y el individual. Este último tenía módulos sobre datos sociodemográficos, actividad económica, ingreso, familia, redes de apoyo familiar y social, salud y apoyos institucionales, y seguridad social (Conapo-DIF, 1994).

Según la base utilizada, los adultos mayores con apoyo institucional representan 53.3 % de la muestra ponderada, es decir, 2 785 casos (cuadro 3). Para el pronóstico sobre el apoyo institucional como variable explicada se incorporaron las siguientes variables explicativas: condición de actividad e ingresos, propiedad de bienes y vivienda, edad, sexo del anciano, escolaridad, estado funcional, número de hijos, número de hijas, y tamaño de localidad. En total se incorporaron al proceso nueve variables, de las cuales tres son continuas y seis son categóricas.

Para la estimación de los parámetros en la regresión logística se decidió utilizar el método que comienza considerando únicamente la constante y posteriormente va agregando paso a paso las variables independientes, proceso en el cual la primera variable seleccionada es la que conserva la relación más significativa con el apoyo institucional. Según Menard (1995), existen autores que proponen el uso de este procedimiento por dos intenciones en el proceso de investigación: se estudia con propósitos puramente predictivos, cuando se desea "identificar un modelo, incluyendo un paquete de predictores que proveen predicciones precisas de algún fenómeno" y en investigaciones exploratorias, en el caso de que "el interés sea la construcción de teorías y desarrollos para predecir y explicar un fenómeno". Según Menard, este procedimiento técnico es recomendable cuando se analizan fenómenos nuevos o poco estudiados, y cuando la teoría no es suficiente para satisfacer o aportar los elementos necesarios

CUADRO 3

Distribución de las variables explicativas de la muestra y para la submuestra de población que tiene “apoyo institucional”, México, 1994

<i>Variable y categorías</i>	<i>Toda la muestra</i>		<i>Con apoyo institucional</i>	
	<i>% Pon- derado</i>	<i>N = 5225 No ponderados</i>	<i>% Pon- derado</i>	<i>N=2785 No ponderados</i>
Socioeconómicas del adulto mayor				
Condición de actividad y de ingresos				
No trabaja y no tiene ingresos	14.2	741	11.0	307
No trabaja y tiene ingresos	55.1	2877	64.4	1788
Trabaja y no tiene ingresos	1.6	92	1.5	41
Trabaja y tiene ingresos	28.9	1508	23.1	649
Propiedad de bienes y vivienda				
No tiene nada	27.8	1450	26.2	728
Posee vivienda	5.6	291	4.6	127
Posee bienes	43.4	2258	45.7	1267
Posee bienes y vivienda	23.1	1203	23.5	651
Sociodemográficas del adulto mayor				
Edad (media)				
	69.8	5146	69.2	2750
Sexo				
Hombre	46.9	2434	47.8	1324
Mujer	53.1	2757	52.2	1444
Escolaridad				
Sin estudios	41.1	2148	31.1	865
Con estudios	58.7	3067	68.8	1916
De la salud del adulto mayor				
Estado funcional				
Deficiente	26.1	1363	25.0	696
Casi aceptable	36.0	1886	37.3	1039
Aceptable	37.8	1976	37.7	1049
Familiares				
Número de hijas (media)	2.6	5225	2.8	2784
Número de hijos (media)	2.6	5224	2.8	2785
Contextuales				
Tamaño de localidad				
Urbana	42.7	2232	55.2	1537
Rural	57.3	2993	44.8	1247

Fuente: Cálculos propios a partir de la ENSE-94.

para la explicación de dicho fenómeno. Sin duda, el estudio desarrollado en este artículo es de naturaleza exploratoria en el sentido de que pretendemos conocer cuáles son los elementos estadísticamente significativos para explicar la condición de que algunos sectores de la población anciana cuenten con apoyo institucional.

En este proceso los estimadores estadísticos permitieron corroborar que conforme el proceso estadístico va incorporando cada una de las variables, el porcentaje estimado aumenta, lo que significa que el número de casos predichos se incrementa considerablemente de la primera ecuación a la última (cuadro 4). Otro estimador fundamental es el logaritmo de máxima verosimilitud (-2 Log Likelihood), el cual toma valores pequeños cuando las probabilidades estimadas por el modelo coinciden con las observadas. En este ejercicio pasa de 7004.5506 a 6169.899 entre la primera y la última ecuación; esta disminución permite orientar al investigador sobre la pertinencia del modelo con el más bajo logaritmo de máxima verosimilitud. La χ^2 residual es utilizada normalmente para someter a prueba de hipótesis que todas las variables excluidas tienen un coeficiente de regresión igual a cero. En este ejercicio la variable categórica estado funcional (variable relevante para la calidad de vida en la población con 60 años y más) quedó fuera de la ecuación por no ser significativa a 5 por ciento.

La mejora (*improvement*) mostró la ganancia marginal que se obtiene con la disminución del logaritmo de máxima verosimilitud al momento de incorporar cada variable. En el ejercicio se observó que la mejora en cada ecuación tiende a ser menor debido a que la distancia entre las probabilidades observadas y estimadas se va reduciendo progresivamente. El comportamiento de la mejora es un resultado de las variaciones de la bondad de ajuste, la cual pasa de 5070.562 a 5079.225. Es posible resumir que teórica y estadísticamente la novena ecuación es la que mayor cantidad de elementos incorpora en la predicción del apoyo institucional entre los ancianos en México.

Efectos sobre la variable dependiente apoyo institucional

En los resultados se advierte que las primeras variables seleccionadas fueron de naturaleza contextual y aquellas que muestran las limitadas oportunidades que tuvieron y tienen las generaciones actualmente en edad avanzada. Específicamente, los valores que se exponen en el

CUADRO 4
Algunos resultados básicos (β) del ajuste del modelo de regresión logística aplicado a la variable “apoyo institucional”

<i>Variables</i>	<i>Ecuación 1</i>	<i>Ecuación 2</i>	<i>Ecuación 3</i>	<i>Ecuación 4</i>	<i>Ecuación 5</i>	<i>Ecuación 6</i>	<i>Ecuación 7</i>	<i>Ecuación 8</i>	<i>Ecuación 9</i>
Constante	0.1399	-0.3216	-0.7523	-0.4001	-0.7122	-1.0522	-0.9586	-0.0168	-0.1146
Tamaño de localidad									
Loc. con más de 100 000 hab.		1.1150	0.9995	0.9510	0.9675	0.9933	1.0196	1.0124	1.0134
Loc. con menos de 100 000 hab.*									
Escolaridad									
Sin estudios			-0.7523	-0.7941	-0.8053	-0.7842	-0.7677	-0.7318	-0.7342
Con estudios *									
Condición de act. e ingresos									
No trabaja y no tiene ingresos				0.1495	0.1717	0.4030	0.4890	0.5759	0.5600
No trabaja y tiene ingresos				0.8287	0.8204	1.0154	1.0465	1.1064	1.0853
Trabaja y no tiene ingresos				0.4003	0.4217	0.4573	0.4858	0.5247	0.5340
Trabaja y tiene ingresos *									
Número de hijas					0.1195	0.1155	0.1131	0.1085	0.0922
Sexo del anciano									
Hombre						0.4107	0.3663	0.4055	0.3896
Mujer*									
Poseción de bienes o vivienda									
No tiene nada							-0.2942	-0.2848	-0.2736
Posee vivienda							-0.4987	-0.5139	-0.5105
Posee bienes							0.0139	-0.0179	-0.0145
Posee bienes y vivienda*									
Edad								-0.0144	-0.0138
Número de hijos									0.0451
% Bien estimado	53.49	62.92	62.92	66.06	66.43	66.54	66.86	67.13	67.44
-2 Log Likelihood	7004.5506	6639.309	6482.884	6316.197	6250.052	6215.162	6191.353	6177.740	6169.899
Bondad del ajuste		5070.562	5068.364	5065.236	5079.777	5073.210	5080.945	5079.189	5079.225
Modelo χ^2		365.241	521.667	688.353	754.499	789.389	813.198	826.811	834.652
Mejora		365.241	156.426	166.687	66.145	34.890	23.809	13.613	7.841

* Categoría de referencia.

Fuente: Cálculos propios a partir de la ENSE-94.

cuadro 5 corresponden a la novena ecuación generada en el proceso estadístico, que es la mejor según los parámetros estimados. En estos resultados el lugar de residencia del adulto mayor resultó ser la característica inicialmente seleccionada. En ese sentido, la probabilidad de tener apoyo institucional aumenta para una persona con 60 años y más que reside en localidades más urbanizadas en contraste con los residentes en localidades más pequeñas. En este caso la razón de momio se multiplica 2.75 veces. La centralización de los servicios de salud –tanto en la Ciudad de México como en otras ciudades– genera que la probabilidad de contar con este tipo de apoyo sea casi tres veces mayor para los ancianos residentes en las áreas más urbanizadas en contraste con los que residen en las áreas menos urbanizadas del país. Así, la ubicación geográfica de las instituciones estimula la desigualdad ya normada previamente por la participación económica. Nótese que el efecto de esta variable es mayor si se compara con las relacionadas con el mercado de trabajo. Si bien estos resultados corresponden exclusivamente a la población con 60 años y más, lo interesante es que las políticas de descentralización propuestas en el Plan de Desarrollo 1995-2000, de llevar los servicios a las localidades más marginadas, pueden ser políticas correctas que tiendan a disminuir la distribución inequitativa de servicios, que seguramente no sólo experimentan los ancianos en México.

La segunda variable seleccionada que se incorporó automáticamente al proceso estadístico fue la escolaridad. La incorporación de esta variable dicotómica muestra que la categoría sin estudios influye de manera negativa en la probabilidad de contar con apoyo institucional entre la población con 60 años y más, en contraste con aquella población que sí los tiene. La razón de momio se multiplica por 0.4799. Para la población con 60 años y más, el haber terminado la primaria no fue una experiencia muy compartida. Un sector muy importante de la población no tiene estudios y el rezago más grave se advierte entre las mujeres con 60 años y más. Esta característica muy probablemente limitó el acceso de la población a actividades remuneradas formalmente, y esto a su vez redujo su probabilidad de acceso a las prestaciones de la seguridad social. Según la encuesta simultánea del Censo de Población y Vivienda de 1995, entre los hombres 32.7% no tiene instrucción y 38.9% no terminó la primaria; el resto cuenta con diferentes niveles de escolaridad (14.9% posee primaria completa, 5.5% estudió algún grado de secundaria, 2.9% cursó preparatoria y sólo 5.1% cursó estudios profesionales). Entre las mujeres

CUADRO 5

Factores que condicionan la probabilidad de que la población con 60 años y más tenga apoyo institucional. México, 1994 (indicador contrast)

Variables	Variables en la novena ecuación		R	Exp(B)
	B	Sig		
Tamaño de localidad				
Loc. con más de 100 000 hab.	1.0134	0.0000	0.1886	2.7548
Loc. con menos de 100 000 hab.*				
Escolaridad				
Sin estudios	-7.7342	0.0000	-0.1355	0.4799
Con estudios*				
Condición de actividad e ingresos		0.0000	0.1627	
No trabaja y no tiene ingresos	0.5600	0.0000	0.0574	1.7507
No trabaja y tiene ingresos	1.0853	0.0000	0.1593	2.9602
Trabaja y no tiene ingresos	0.5340	0.0331	0.0190	1.7057
Trabaja y tiene ingresos *				
Número de hijas	0.0922	0.0000	0.0662	1.0966
Sexo del anciano				
Hombre	0.3896	0.0000	0.0625	1.4764
Mujer *				
Posesión de bienes o vivienda		0.0001	0.0479	
No tiene nada	-0.2736	0.0020	-0.0327	0.7606
Posee vivienda	-0.5105	0.0007	-0.0368	0.6002
Posee bienes	-0.0145	0.8534	0.0000	0.9856
Posee bienes y vivienda*				
Edad	-0.0138	0.0004	-0.0387	0.9862
Número de hijos	0.0451	0.0052	0.0288	1.0461
Constante	-0.1146	0.6824		

* Categoría de referencia.

Fuente: Cálculos propios a partir de la ENSE-94.

la escolaridad es más baja que la de los hombres: 40.4% no recibió instrucción y 34.7% tiene primaria incompleta; la diferencia cuenta con niveles más bajos en los más altos grados de escolaridad (15.7% terminó la primaria, 5.2% estudió algún grado de secundaria, 2.3% cursó la preparatoria y 1.8% cursó alguna carrera profesional).

El acceso a la seguridad social en México, mucho más en estas generaciones, es mediatizado por la escolaridad. Si bien es cierto que sólo saber leer y escribir no facilita inmediatamente el conocimiento

sobre los derechos laborales, la población que no sabe leer queda absolutamente marginada de la información que permitiría su bienestar al adquirir conciencia sobre sus prestaciones sociales. En este caso extremo se encuentran los grupos indígenas, para los cuales las instituciones de seguridad social no existen ni tienen influencia en su vida.

La tercera variable incorporada al proceso logístico fue la condición de actividad e ingresos, la cual se refiere a la actividad actual o pasada de la población anciana, así como a su percepción de ingresos hacia 1994. Al respecto, los resultados mostraron que las personas que no trabajan y no tienen ingresos, cuentan con probabilidades superiores de tener apoyo institucional, tomando como referencia a los ancianos que trabajan y tienen ingresos. La razón de momio que reporta esta categoría se multiplica 1.7507 veces, lo que significa un aumento de poco más de 70%. En este caso se refiere a un grupo de población muy vulnerable que puede tener atención a la salud por parte de algún familiar (esposo o hijo); de esa manera es explicable que no trabaje y que no cuente con ingresos aunque sí con apoyo por parte de alguna institución de la seguridad o asistencia social (cuadro 5).

Por otra parte, el hecho de no trabajar y sí recibir ingresos puede estar refiriéndonos a la población con un nivel socioeconómico medio, que pudo acumular ahorros con los cuales vivir sin necesidad de trabajar actualmente, y comprar o adscribirse a ciertos servicios de salud. También puede referirse a la población que tiene apoyo económico por parte de sus hijos (*vgr.* transferencias o remesas) y que no necesariamente trabaja o ha trabajado en términos estrictos. En estos casos la razón de momio se multiplica 2.9602 veces en contraste con los que trabajan y tienen ingresos. Dentro de las variables socioeconómicas, esta categoría resultó ser la que mayor probabilidad aporta para que la población con 60 años y más tenga apoyo institucional. Contar con ingresos tal vez sea la parte más importante dentro de esta categoría que permita acceder a la atención a la salud, pero haber tenido una actividad económica pasada puede condicionar favorablemente el tener pensión y atención a la salud como un derecho ganado de manera individual y por mérito propio.

Otro grupo de ancianos menos favorecido es aquel que declara continuar trabajando a estas edades sin percibir ingresos, aunque es un grupo pequeño. Probablemente se trate de trabajadores familiares no remunerados. Dado el valor de la razón de momios, es posible que se tenga apoyo institucional para los que trabajan y no tienen ingresos comparado con los que trabajan actualmente y tienen ingresos.

En el mismo sentido que el grupo de ancianos que no trabajan ni tienen ingresos, su probabilidad de apoyo institucional básicamente se ha de referir al acceso a la atención a la salud, lo cual puede estar condicionado a la dependencia familiar hacia otro pariente que sí tiene por derecho propio este acceso institucional.

Una cuarta variable seleccionada de naturaleza familiar fue el número de hijas. La interpretación de esta variable indica que a un cambio unitario en el número de la descendencia femenina, la probabilidad de contar con apoyo institucional aumenta. En este caso la razón de momio se multiplica 1.09 veces. Llama la atención que de la esfera familiar, la combinación entre el número y el sexo de la descendencia sea la primera variable seleccionada. Esto puede explicarse porque ante la creciente participación económica femenina, las hijas pueden declarar como económicamente dependientes a sus madres y padres en edad avanzada. Tal vez está presente una mayor corresponsabilidad generacional por parte de las hijas mujeres como consecuencia de su mayor independencia económica, de la postergación del matrimonio y de su mayor nivel educacional.

Por otro lado, las investigaciones desde la perspectiva de género han mostrado reiteradamente las desventajas institucionales en que viven las mujeres en edad avanzada. Entre los resultados que muestra este ejercicio estadístico resalta el hecho de que los hombres tienen una probabilidad mayor de contar con apoyo institucional en contraste con las mujeres. La razón de momio para los hombres se multiplica por 1.47.

Por la forma en que se estructuró el acceso a la seguridad social en México, la escolaridad diferenciada entre hombres y mujeres, la socialización hacia ellas que las limitó a ser esposas y madres, condicionan el que los hombres hayan tenido una mayor participación en el mercado laboral formal y por esa vía acceso a una serie de prestaciones económicas y sociales. Las mujeres en gran medida no participaron formalmente en el mercado de trabajo, en muchos casos trabajaron eventualmente o en jornadas parciales, lo que les permitía seguir criando a sus hijos; estas situaciones les impidieron cotizar el tiempo básico para alcanzar el derecho a una pensión o a los servicios médicos.¹⁰ En muchos casos el matrimonio y los repetitivos embar-

¹⁰ También es posible que los patrones dieran de baja en las instituciones del Seguro Social al trabajador(a), lo que le impidió terminar con las semanas cotizadas para obtener el derecho a la pensión y a la atención a la salud precisamente en esta etapa de

zos alejaron la posibilidad de continuar en la actividad formal en el mercado de trabajo.

Como se ha apuntado, las mujeres actualmente en edad avanzada tienen apoyos institucionales principalmente por su condición de esposa o madre de algún trabajador formal. Raramente se debe a sus propios méritos o trayectoria laboral, y en otra medida por su inscripción en alguna institución de asistencia social. De cualquier manera, frente a la probabilidad de contar con pensión o atención a la salud, los varones tienen una marcada ventaja en contraste con las mujeres con 60 años y más.

La posesión de bienes o vivienda también resultó ser una variable significativa en este proceso predictivo, pero en general todas las categorías influyen de manera negativa en la probabilidad de tener apoyo institucional. Por ejemplo, dado el valor de la razón de momios, la probabilidad de que un adulto mayor sin vivienda ni bienes acumulados cuente con seguridad social es menor en comparación con los que tienen ambos. Pareciera que una situación económica desventajosa se reafirma dando como resultado una menor probabilidad de contar con apoyos institucionales.

Para los ancianos que sólo son dueños de la vivienda, en contraste con quienes tienen también bienes acumulados, el efecto negativo es más alarmante: la razón de momios se multiplica por 0.6002. En cambio si llegaron a acumular algunos bienes, al compararlos con los ancianos que tienen ambas cosas (bienes y vivienda), la probabilidad disminuye pero muy levemente. Si bien esta variable en general no parece tener mucha fuerza explicativa, lo que muestra es que el hecho de tener una situación más privilegiada económicamente puede estar influyendo negativamente en la probabilidad de contar con apoyos institucionales. La posesión de algunos bienes materiales y el hecho de tener una vivienda propia no garantizan que se cuente con apoyo económico en la vejez (pensiones), ni con atención a la salud. Algunas investigaciones han destacado que la posibilidad de ser heredados puede provocar entre los familiares una mayor atención hacia el anciano, como una fuente de seguridad en caso de enfermedad o problemas económicos. Aunque también hay evidencia de maltrato familiar y de despojo por parte de los descendientes del anciano, lo que desmiente la versión positiva sobre la herencia en la vejez.

la vida. En muchas ocasiones esta tramitación se hace sin el conocimiento del mismo trabajador(a), por lo que al momento de tramitar su prestación éste descubre que no fue registrada la contribución del patrón.

En este ejercicio la edad cronológica del anciano no parece incidir positivamente en la probabilidad de tener apoyos institucionales, lo cual resulta un hallazgo importante, porque con el desgaste físico –muy probable con el incremento en la edad cronológica– se exhiben nuevas enfermedades y padecimientos que en ocasiones deben ser atendidos en forma especializada y a bajo costo, en vista de lo prolongado de ciertos padecimientos crónico-degenerativos. No obstante, según este ejercicio estadístico, a un cambio unitario en el número de años de vida la probabilidad de contar con apoyo institucional disminuye. Esto se explica porque a un mayor envejecimiento de los miembros en la familia, los parientes tienden a justificar la enfermedad y los trastornos físicos y mentales atribuyéndolos a la acumulación de años más que a factores que han condicionado la vida del anciano. Muchas veces eso inhibe el que el anciano sea llevado al médico, y por ello no se le incorpora a los sistemas de seguridad social como familiar dependiente. Habría que preguntarse si a mayor edad la población anciana y sus familiares reducen sus consultas al médico como un efecto de la percepción de que los cambios físicos y mentales son producto de la edad, más que de la trayectoria laboral, de los hábitos de consumo y de las condiciones de vida.

La última variable incorporada al proceso estadístico fue el número de hijos. Los resultados muestran que ante un mayor número de descendientes varones la probabilidad de tener apoyo institucional aumenta. Como se mencionó en páginas anteriores, llama la atención que un mayor número de descendientes varones propicie mayor probabilidad de apoyo institucional. En este caso, el aumento en la probabilidad a partir de la descendencia masculina puede deberse en parte –igual que en el caso de las hijas– a la normatividad de las instituciones de seguridad social que permite adscribir a los padres, abuelos, tíos o parientes (independientemente de su sexo) a los servicios médicos si se comprueba que son dependientes económicos de alguno de sus hijos, hijas, sobrinos, nietos o parientes, los cuales tienen que estar trabajando formalmente. Esta situación evidentemente está condicionada a que el pariente titular conserve el trabajo, por lo que puede decirse que el acceso de los parientes ascendentes a las instituciones de servicios médicos depende también del empleo formal y permanente del pariente titular. Por tanto, las tasas de desempleo, abierto y encubierto, pueden indicar la pérdida indirecta de prestaciones para uno de los sectores más desprotegidos institucionalmente. Esta forma de actuar por parte de las instituciones de seguridad social

para proteger a los ancianos, excluye tanto a las personas adultas mayores que no tuvieron descendencia como a aquellas que tienen parientes o familiares no incorporados formalmente al mercado laboral.

Cabe señalar que en el proceso estadístico fue incorporada la variable estado funcional, pero fue excluida del proceso por no ser significativa. Esto puede estar indicando que las condiciones de salud del adulto mayor no constituyen una característica significativa para predecir la probabilidad de contar con este apoyo. Esto también puede considerarse una información relevante que se desprende de este ejercicio, lo cual debería motivar programas especiales de atención a esta población sólo por el hecho de que necesita ayuda médica. Si los criterios económicos no estuvieran sobre los requerimientos sociales, tal medida sería factible y oportuna ante las condiciones de desigualdad estructural que experimentan los ancianos de México para contar con apoyo institucional.

Conclusiones

El objetivo de este artículo ha sido revisar someramente los orígenes de las instituciones de seguridad social más importantes en México para entender el contexto de desigualdad en que viven actualmente amplios sectores de la población. Orígenes que, precisamente, han coincidido con las trayectorias de vida de la población con 60 años y más. Justamente cuando ellos se encontraban en edad laboral, surgieron dos de las principales instituciones que albergaron con determinadas prestaciones al conjunto de la población. No obstante, frente a esta oportunidad histórica la población con 60 años y más contaba con un perfil que limitadamente posibilitaba su incorporación a las instituciones de seguridad social. Además muchas de ellas surgieron inicialmente en la capital del país y su expansión ha llevado años al grado que hoy día las comunidades más alejadas todavía no cuentan con servicios públicos de salud.

Si bien es cierto que paralelamente al origen y definición de las instituciones de seguridad social, la educación pública se convertía en gratuita y obligatoria, la verdad es que la población que ahora es adulta mayor difícilmente pudo incorporarse a ella. El presente artículo mostró que una de las condiciones más importantes para contar con algunas prestaciones de la seguridad social fue haber sido parte del grupo de trabajadores ubicados en sectores estratégicos de la economía, pero

también haber contado con estudios que facilitaran su ingreso al mercado de trabajo formal. Esta situación fue más dramática para las mujeres –ancianas de hoy–, cuyo proceso de socialización prácticamente las aisló de gran parte de las oportunidades institucionales.

Observar estas circunstancias en la política social del siglo XX en México, relacionar dicha información con el periodo vivido por la población actualmente anciana, y evidenciar su situación actual como efecto de la estructura institucional, fueron los antecedentes para comprender e interpretar los resultados de un ejercicio estadístico de regresión logística cuya finalidad ha sido conocer los factores que condicionaron la posibilidad de que la población con 60 años y más cuente actualmente con apoyos institucionales, entendidos éstos como atención a la salud y otorgamiento de pensiones.

Los resultados indicaron que ser varón, residir en áreas urbanas, haber trabajado y contar con ingresos, haber realizado estudios y tener cierto número promedio de hijas(os) son los factores que más influyen positivamente en la probabilidad de contar con apoyos institucionales entre la población con 60 años y más. En cierta medida se muestra que aquellos grupos que lograron alcanzar ciertos niveles de bienestar, que fueron favorecidos desde adolescentes por la estructura institucional y sobre todo por el mercado de trabajo, son quienes en edades avanzadas cuentan con apoyos institucionales, es decir, con algún tipo de pensión y con acceso a la atención a la salud por parte de las instituciones de seguridad y asistencia social.

Lo anterior nos indica que la hipótesis que se planteó al inicio del documento se cumple en cierta medida, ya que efectivamente la población con 60 años y más en México que cuenta actualmente con protección por parte de las instituciones de seguridad social es aquella que tuvo –algunos limitadamente– oportunidades de educación, lo que facilitó su empleo en la época de expansión del mercado de trabajo formal, pero los resultados permiten abundar sobre otros aspectos adicionales, como por ejemplo, la fuerza de la variable tamaño de localidad, que tiene un mayor peso en la predicción del apoyo institucional. Además sobresale el número de la descendencia como un factor que puede incidir para que se cuente con apoyo institucional. Contrario a lo esperado, el hecho de poseer vivienda y bienes no influye de manera significativa en la probabilidad de tener apoyos institucionales; lo mismo parece suceder con la edad y el estado funcional. En ese sentido, vale la pena reflexionar sobre las características y condiciones que esas generaciones tuvieron que experimentar para

alcanzar una pensión o servicio médico durante su vejez. Pero ¿hasta qué grado esas condiciones han cambiado para las generaciones más jóvenes, que en unos 30 años se considerarán cohortes envejecidas? Pedrero ha reflexionado acerca de que si este limitado acceso de la población anciana a los sistemas de seguridad social surgió de las mejores épocas de desarrollo económico de México, qué podrían esperar las siguientes generaciones, cuando el cambio económico ha afectado el poder adquisitivo y la capacidad de ahorro de la población y sus hogares.

Es necesario de igual manera observar y hacer visibles las condiciones de vida de la población que no tiene apoyo institucional alguno en esta etapa de la vida, que es el caso mayoritario de las mujeres ancianas y de aquellos que se quedaron excluidos de la estructura económica formal por haber privilegiado la sobrevivencia cotidiana y postergado la planeación de su vida futura. Es necesario examinar la estructura institucional de la seguridad social desde una perspectiva de género que refleje fielmente el papel de la mujer en los hogares actuales, e incorpore su nivel de participación económica e inserción ocupacional. Pero también es necesario adoptar una visión generacional que integre cabalmente a las generaciones anteriores a los procesos de cambio e institucionalización, pues ellas no pudieron incorporarse a la normatividad establecida.

A partir de estos resultados resta pensar y planear políticamente las formas de apoyo necesarias para los subgrupos con mayor desventaja estructural, es decir, las mujeres, los que residen en áreas menos urbanizadas, que no tienen estudios, ni descendencia, que no son propietarios, que siguen trabajando y en ocasiones sin recibir ingresos. También es sugerente revisar los esquemas de los organismos descentralizados y de aquellos sectores privilegiados con sus planes de retiro. Tal situación resulta alarmante porque muestra que los mayores beneficios de la seguridad social se orientan a favorecer a aquellos que tienen las mejores posiciones en la estructura social.

Bibliografía

- Arber, Sara (1991), "Class, Paid Employment and Family Roles: Making Sense of Structural Disadvantage, Gender and Health Status", *Social Science and Medicine*, vol. 32, núm. 4, pp. 425-436.
- (1996), "Integrating Nonemployment into Research on Health Inequalities", *International Journal of Health Services*, vol. 26, núm. 3, pp. 445-481.

- y Jay Ginn (1991), "The Invisibility of Age: Gender and Class in Later Life", *Sociological Review*, vol. 39, núm. 2, pp. 260-291.
- y Jay Ginn (1993), "Gender and Inequalities in Health in Later Life", *Social Science and Medicine*, vol. 36, núm. 1, pp. 33-46.
- y Jay Ginn (1996), "Opciones y limitaciones de las mujeres casadas ante la jubilación", en Sara Arber y Jay Ginn, *Relación entre género y envejecimiento: enfoque sociológico*, Madrid, Narcea, pp. 105-126.
- y Nigel Gilbert (1989), "Men: The Forgotten Carers", *Sociology*, vol. 23, núm. 1, pp. 111-118.
- , Nigel Gilbert y Angela Dale (1985), "Paid Employment and Women's Health: A Benefit or a Source of Role Strain?", *Sociology of Health and Illness*, vol. 7, núm. 3, pp. 375-400.
- Bernard, Miriam, Catherine Itzin, Chris Phillipson y Julie Skucha (1996), "Trabajo y jubilación marcados por el género", en Sara Arber y Jay Ginn, *Relación entre género y envejecimiento: enfoque sociológico*, Madrid, Narcea, pp. 89-104.
- CEPAL (1985), *El desarrollo de la seguridad social en América Latina*, Santiago de Chile, Naciones Unidas.
- Conapo y DIF (1994), *Encuesta Nacional de la Sociodemografía del Envejecimiento*, base de datos, México.
- Chávez, Marcos (1995), "Crisis económica y seguridad social", ponencia presentada en el Seminario Análisis y Reflexión sobre las Reformas a la Seguridad Social en México, México, El Colegio Nacional/El Colegio de México/Colegio de Actuarios/ Instituto de Investigaciones Sociales, UNAM, 29 de marzo (mimeo.).
- Ginn, Jay y Sara Arber (1991), "Gender, Class and Income Inequalities in Later Life", *British Journal of Sociology*, vol. 42, núm. 3, pp. 369-396.
- y Sara Arber (1993), "Pension Penalties: The Gendered Division of Occupational Welfare", *Work, Employment and Society*, vol. 7, núm. 1, pp. 47-70.
- y Sara Arber (1996), "Patterns of Employment, Gender and Pensions: The Effect of Work History on Older Women's Non-State Pensions", *Work, Employment and Society*, vol. 10, núm. 3, pp. 469-490.
- Ham Chande, Roberto (1996), "De la solidaridad intergeneracional a la privatización de las pensiones", *Demos. Carta Demográfica sobre México*, México, pp. 36-37.
- (1999), "El futuro de las pensiones. Promesas fáciles de difícil cumplimiento", *Demos. Carta Demográfica sobre México*, México, pp. 35-56.
- IMSS (2000), Instituto Mexicano del Seguro Social, en: www.imss.gob.mx
- ISSSTE (2000), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado, en: www.issste.gob.mx
- Jusidman, Clara (1996), "Sector informal y seguridad social", ponencia presentada en el Seminario Análisis y Reflexión sobre las Reformas a la Seguridad Social en México, México, El Colegio Nacional/El Colegio de

- México/Colegio de Actuarios/Instituto de Investigaciones Sociales, UNAM, 29 de marzo (mimeo.).
- Leal, Gustavo (2000), "¿Modernización de los 'mercados' de la salud?", *La Jornada*, 25 de marzo.
- y Carolina Martínez (1996), "Panorama de la política de salud y seguridad social en México y su relación con el perfil de daños a la salud. Segundo trimestre 1995: Definición de la Agenda Pública", *Reporte de Investigación*, núm. 73, México, Universidad Autónoma Metropolitana, División de Ciencias Biológicas y de la Salud.
- Lustig, Nora (1994), *México. Hacia la reconstrucción de una economía*, México, El Colegio de México/Fondo de Cultura Económica/Economía Latinoamericana.
- Menard, Scott (1995), *Applied Logistic Regression Analysis*, Londres, Sage University Paper.
- Montes de Oca, Verónica (1996), "Situaciones sociales de los viejos", *Demos. Carta Demográfica sobre México*, México, pp. 34-35.
- Oliviera, Orlandina de (1999), "Políticas económicas, arreglos familiares y perceptores de ingresos", *Demos. Carta Demográfica sobre México*, México, pp. 32-33.
- Pacheco Gómez Muñoz, Edith (1996), "Participación femenina en el mercado de trabajo y seguridad social", ponencia presentada en el Seminario Análisis y Reflexión sobre las Reformas a la Seguridad Social en México, México, El Colegio Nacional/El Colegio de México/Colegio de Actuarios/Sociedad Mexicana de Demografía/Instituto de Investigaciones Sociales, UNAM, 29 de marzo (mimeo.).
- Rösner, Hans Jürgen (1997), "Tendencias mundiales en el desarrollo de la política social", *Contribuciones*, núm. 1, México, pp. 15-29.
- SPSS/PC (1990), "Statistics Guide", B39 a B62.
- Valencia, Alberto (2000), "Envejecimiento, empleo y pensiones de jubilación en la administración pública federal", en *Envejecimiento demográfico y empleo* [Memorias del Taller de Expertos en Envejecimiento Demográfico y Políticas de Empleo para Grupos Vulnerables, julio de 1999], México, Secretaría del Trabajo y Previsión Social, pp. 177-204.