

INT-1997

V.1 e.2



**ENCUENTRO
LATINOAMERICANO Y CARIBEÑO
SOBRE LAS PERSONAS DE EDAD**

SEMINARIO TÉCNICO

SANTIAGO DE CHILE, 8 AL 10 DE SEPTIEMBRE DE 1999



FNUAP



NACIONES UNIDAS

CEPAL



OPS

SÓLO PARA PARTICIPANTES
SEPTIEMBRE DE 1999

CEPAL
Comisión Económica para América Latina y el Caribe

División de Población,
Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, CELADE

**ENCUENTRO
LATINOAMERICANO Y CARIBEÑO
SOBRE LAS PERSONAS DE EDAD**

SEMINARIO TÉCNICO

SANTIAGO DE CHILE, 8 AL 10 DE SEPTIEMBRE, 1999

Las opiniones expresadas en este documento, que no ha sido sometido a revisión editorial, son de la exclusiva responsabilidad de los autores y pueden no coincidir con las de la Organización.

Información: www.eclac.org/Celade-Esp

PRESENTACIÓN

La Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), a través del Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE – División de Población), ha organizado el Encuentro Latinoamericano y Caribeño sobre las Personas de Edad, en Santiago de Chile, del 8 al 10 de septiembre de 1999. Este evento cuenta, además, con el auspicio del Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

El programa de esta actividad contempla para los días 8 y 9 de septiembre un seminario técnico con participación de personeros de gobiernos y expertos en el tema, así como una reunión simultánea de representantes de la sociedad civil. El día 10 de setiembre se prevé una reunión del conjunto de los participantes, destinada a analizar los alcances de las contribuciones y los debates de los días previos, respecto a la formulación de políticas y programas destinados a mejorar las condiciones de vida de las personas de edad y encarar los desafíos del proceso de envejecimiento para el conjunto de la sociedad.

Este volumen contiene los documentos del seminario técnico, que consta de cuatro sesiones. En la primera se presentan ponencias sobre los procesos de transición demográfica y de envejecimiento, y sus aspectos socioeconómicos, teniendo en cuenta las diferentes realidades de los países de la región. Las contribuciones de la segunda sesión están dedicadas a presentar las implicaciones del envejecimiento para la salud del adulto mayor. Se tratan temas como la prolongación de la vida humana, la calidad de vida en las edades avanzadas, los desafíos para las políticas y programas del sector y las formas en que diversos países enfrentan la situación.

En la tercera sesión se consideran los aspectos socioeconómicos vinculados al proceso de envejecimiento, tanto los que afectan a la sociedad como a la población de adultos mayores, en particular aspectos laborales, educativos, de vulnerabilidad y pobreza, así como la integración del adulto mayor en la comunidad y los arreglos de vida familiares. Durante la cuarta sesión se abordan las ponencias atinentes a la seguridad social, en particular los sistemas de pensiones. Se plantean los problemas de financiamiento y sustentabilidad de los sistemas, tanto en la situación vigente como en las propuestas de reformas y sus perspectivas.

CONTENIDO

Sesión I: El proceso de envejecimiento de la población

- I.1 El proceso de envejecimiento de la población en América Latina y el Caribe: una expresión de la transición demográfica, *Miguel Villa y Luis Rivadeneira*.
- I.2 Tendencias y perspectivas del envejecimiento de la población femenina y masculina en Argentina, *Zulma Recchini de Lattes*.
- I.3 Envejecimiento de la población brasileña: oportunidades y desafíos, *José Alberto Magno de Carvalho y Flávia Cristina Dumond Andrade*.
- I.4 Situation and outlook of ageing in an advanced demographic transition country: the case of Italy, *Antonio Golini*.

Sesión II: Salud del adulto mayor

- II.1 Extending human life: longevity and quality of life, *Jean-Marie Robine*.
- II.2 Perspectivas para un envejecimiento saludable en América Latina y el Caribe, *Martha Peláez, Alberto Palloni y Marcela Ferrer*.
- II.3 La salud del anciano en México, *Luis Miguel Gutiérrez Robledo*.
- II.4 Saúde do idoso no Brasil, *Luiz Roberto Ramos*.
- II.5 Health care for older persons in a Caribbean country, *Anselm J. Hennis*.

Sesión III: La situación socioeconómica de la población adulta mayor: un grupo vulnerable

- III.1 The challenges of ageing for current and future society, *Gary R. Andrews*.
- III.2 Gender-based inequalities: the greater vulnerability of older women, *Joëlle Barbot*.
- III.3 The economic impact of older persons on the society, *Wendell Samuel*.
- III.4 El envejecimiento de la población latinoamericana: ¿hacia una relación de dependencia favorable?, *Juan Chackiel*.
- III.5 Envejecimiento y condiciones educativas y laborales del adulto mayor en Uruguay, *Juan Carlos Veronelli*.

III.6 Los cambios de la población y la situación, perspectivas y consecuencias del envejecimiento en México, *Raúl Benítez Zenteno*.

Sesión IV: Envejecimiento y sistemas de pensiones

IV.1 Envejecimiento de la población y sistemas de pensiones en América Latina, *Jorge Bravo*.

IV.2 Pension reform in industrialized countries, *Lawrence H. Thompson*.

IV.3 El sistema pensional colombiano, *Ulpiano Ayala*.

IV.4 Reformas de los sistemas de seguridad social. La opción Uruguay, *Tabaré Vera*.

IV.5 El sistema de pensiones de Chile: resultados y desafíos pendientes, *Alberto Arenas*.

SESIÓN I

**EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO
DE LA POBLACIÓN**

I.1 EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: UNA EXPRESIÓN DE LA TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA

Miguel Villa y Luis Rivadeneira¹

1. El envejecimiento, un proceso sociodemográfico

El envejecimiento es un proceso que se desarrolla gradualmente entre los individuos y en el colectivo demográfico. Las personas envejecen a medida que en su tránsito por las diversas etapas del ciclo de vida ganan en años; una población envejece cada vez que las cohortes de edades mayores aumentan su ponderación dentro del conjunto. No obstante sus diferencias específicas —que hacen irreversible el proceso en el caso individual y no en el de la población— ambas expresiones del envejecimiento comparten la referencia a la edad. Entre las personas, y más allá de consideraciones biológicas, el envejecimiento trae consigo un complejo de cambios asociados a la edad, que atañen a la percepción que las personas tienen de sí mismas, a la valoración que los demás les asignan y al papel que desempeñan en su comunidad. Desde el ámbito demográfico, el envejecimiento implica que la proporción de individuos que experimentan aquellos cambios tiende a aumentar en desmedro de la importancia relativa de los demás grupos, cuyo distingo se establece de acuerdo con la edad.

Si bien la edad parece ser el criterio más apropiado para delimitar el envejecimiento, la determinación de un valor numérico preciso estará siempre sujeta a arbitrariedades. Como apunta Bobbio (1997, p. 24), el umbral de la vejez se ha retrasado a lo largo de la historia: “Quienes escribieron sobre la vejez, empezando por Cicerón, rondaban los sesenta ... Hoy, en cambio, la vejez, no burocrática sino fisiológica, comienza cuando cada uno se aproxima a los ochenta...” Solari (1987) sostenía que la edad de la vejez, autopercebida o socialmente asignada, ha venido aumentando. Además de su mutabilidad histórica, la edad conoce múltiples significados, y muchos de ellos aluden más a la calidad que a la cantidad de años vividos. Desde luego, existe una edad biológica, mediatizada por factores ambientales y rasgos genéticos individuales, que regula los parámetros básicos de la vida; su incidencia se ve afectada, al menos en parte, por una edad psicológica o subjetiva, que remite a la capacidad de aceptarse a sí mismo y de ajustarse a sus entornos. Hay también una edad social, que refleja los efectos tanto de las normas que rigen los comportamientos de los individuos —la edad “burocrática” mencionada por Bobbio o la “asignada”, según Solari— como de los factores estructurales referidos a sus posibilidades de inserción y participación en las esferas sociales; los alcances de esta edad social dependen, a su vez, de la cultura dominante (Laslett, 1996) y de la posición socioeconómica de las personas.

Dado que las diversas nociones de edad varían con distinto ritmo y temporalidad, resulta difícil elegir aquella que con mayor propiedad marca el umbral del envejecimiento; esta dificultad se acrecienta porque dichas variaciones difieren también entre los individuos. Por ello, para

¹ Los autores son, respectivamente, funcionario y consultor de la División de Población (CELADE) de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Las opiniones vertidas en el texto son de responsabilidad de los autores y en nada comprometen a la institución para la que trabajan. Se agradece la colaboración de Rodrigo Espina en la elaboración de los gráficos.

examinar las dimensiones demográficas del proceso, que conciernen al colectivo de personas, habitualmente se recurre a la acepción más corriente del vocablo: la edad cronológica. De acuerdo a una práctica tradicional de la División de Población de las Naciones Unidas — adoptada en el Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento (United Nations, 1982) y en los estudios de alcance regional sobre la materia (Peláez y Argüello, 1982)—, la edad umbral puede situarse en los 60 años. Con el objeto de prestar atención a algunos aspectos de la heterogeneidad intrínseca del grupo mayor de esas edad, es frecuente subdividirlo en dos segmentos, con el segundo a partir de los 75 años, otro límite arbitrario. Por cierto, el empleo de límites etarios se justifica sólo para propósitos analíticos y no implica desconocer que el envejecimiento demográfico afecta a toda la población, hecho patente al comparar las magnitudes de las sucesivas cohortes (análogamente, el envejecimiento de los individuos se desarrolla a lo largo de toda la vida).

La naturaleza sociodemográfica del proceso de envejecimiento de la población es puesta en evidencia tanto por sus causas como por sus repercusiones; unos y otras se enraízan en factores sociales, económicos, políticos y culturales. Así, en muchos países de América Latina y el Caribe se está tomando conciencia de que las actuales tendencias de cambio apuntan en sentido contrario a las anteriores (multiplicación acelerada y rejuvenecimiento de la población), lo que exige readecuar las instituciones económicas y sociales para atender demandas hasta hace poco desconocidas. Los efectos de estas tendencias sobre el consumo, el ahorro, la inversión, la distribución del ingreso, la flexibilidad de la mano de obra, la oferta de servicios de variada índole, las relaciones intergeneracionales, la equidad social y de género y la gestión económica y sociopolítica, en general, configuran desafíos de gran envergadura en lo que respecta a la estructura, las funciones y el desarrollo de las sociedades. Este impacto multifacético del envejecimiento de la población motiva la exploración de sus tendencias y sus antecedentes más cercanos.

El texto que sigue tiene como propósito mostrar que el proceso de envejecimiento de la población de los países de América Latina y el Caribe se desarrolla en el contexto de sus experiencias de transición demográfica. Para ello se toma como período de referencia el siglo comprendido entre los años 1950 y 2050, lapso suficiente como para identificar un conjunto de cambios y sus repercusiones sobre la estructura por edades. La exposición comienza con un examen de los factores demográficos del envejecimiento, señalando sus modificaciones en la región durante el período considerado. A continuación, en dos secciones, se describen las tendencias de los indicadores básicos del envejecimiento, distinguiendo cuatro agrupaciones de países de acuerdo con el estado de su transición demográfica en el decenio de 1990; la primera de estas secciones se refiere al medio siglo que concluye en el año 2000 y la segunda a los cincuenta años siguientes. Finalmente, se efectúa una sumaria presentación de algunos rasgos sociodemográficos de la población adulta mayor de la región. La información utilizada corresponde a las estimaciones y proyecciones de población preparadas por la División de Población de las Naciones Unidas y el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE); de esta fuente proceden los datos con los que se confeccionaron los cuadros anexos al texto.

2. Factores del envejecimiento de la población regional y su transición

El envejecimiento suele describirse sintéticamente como el incremento sostenido de la proporción de personas de 60 y más años con respecto a la población total, lo que resulta de una progresiva alteración del perfil de la estructura por edades (Chesnais, 1990), cuyos rasgos piramidales “clásicos” (con una base amplia y una cúspide angosta) se van desdibujando para darle una fisonomía rectangular y tender, posteriormente, a la inversión de su forma inicial (con una cúspide más ancha que su base). Esta secuencia —a diferencia de lo que ocurre con el envejecimiento de los individuos— no sigue un ritmo cronológico único ni es un sino forzoso irreversible, ya que el patrón de evolución de la estructura por edades puede combinar o alternar tensiones en favor del envejecimiento y del rejuvenecimiento de la población (Schkolnik, 1990); ello se debe a que, además de la inercia inherente a toda composición etaria² (el potencial de crecimiento implícito), la remodelación de su estructura obedece al sentido, fuerza y persistencia de los cambios de las variables demográficas fundamentales (mortalidad, fecundidad y migración).

La disminución de la mortalidad —y el concomitante aumento de la esperanza de vida— contribuye a que más personas sobrevivan hasta edades avanzadas; si bien esto implica la ampliación del tamaño de las cohortes que irán avanzando por los sucesivos peldaños de la pirámide de edades, el descenso de la mortalidad no siempre impulsa el envejecimiento de la población. En efecto, la transición hacia menores niveles de mortalidad se inicia típicamente con una reducción más acentuada de las muertes en la infancia y la niñez temprana, redundando en un rejuvenecimiento de la población (un efecto similar al que se desprendería de un aumento de la fecundidad). Tal sesgo se asocia con la adopción de tecnologías médicas y programas de atención de la salud de bajo costo y aplicación relativamente fácil. Sólo después de haber conseguido progresos importantes en las etapas iniciales de la vida, las intervenciones dirigidas a aminorar la mortalidad tienden a distribuirse de manera más equilibrada entre las distintas edades, por lo que sus repercusiones sobre la estructura por edades suelen ser escasas o nulas. Recién en etapas avanzadas del desarrollo de los programas de atención de la salud —y de la transición epidemiológica (Bajraj y Chackiel, 1995)— la reducción de la mortalidad comienza a rendir frutos principalmente entre los adultos mayores; así, el aumento de la probabilidad de sobrevivir después de los 60 años impulsa, de modo directo, el envejecimiento de la población. Las evidencias disponibles permiten señalar que las modalidades reseñadas se prestan para describir la trayectoria de la transición de la mortalidad experimentada por los países de la región.

Tal vez el primer cambio demográfico de importancia ocurrido en América Latina y el Caribe en la segunda mitad del siglo XX haya sido la substancial disminución de la mortalidad (gráfico 1 y cuadro 1); el inicio de este fenómeno se remonta al término del primer cuarto de

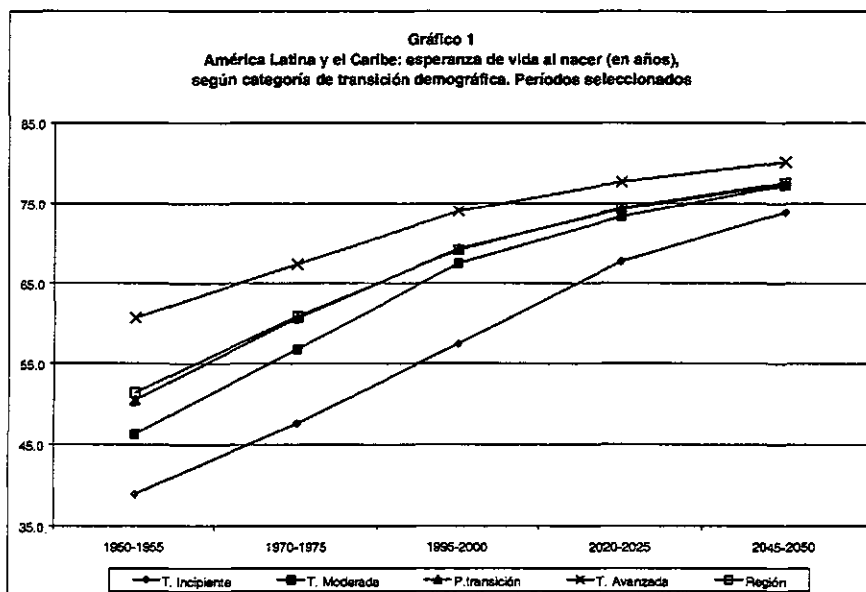
² La importancia del factor de inercia demográfica estriba en que la estructura por edades de un momento dado opera como una instancia de “mediación” respecto de los cambios subsecuentes de la mortalidad y la fecundidad, atenuando o difiriendo temporalmente los impactos remodeladores de estos cambios en aquella estructura. Por ejemplo, los efectos del descenso de la fecundidad de muchos países de la región en la segunda mitad de los años sesenta se vieron momentáneamente diluidos por el incremento en el tamaño de las cohortes de mujeres en edad fértil (fenómeno resultante de la transferencia del mayor ritmo de incremento demográfico de los decenios anteriores).

ese siglo. Entre comienzos del decenio de 1950 y fines del de 1990, la esperanza de vida se extendió, en promedio, 18 años, aumentando de 51.4 a 69.2 años (sólo cinco años menos que el promedio de las regiones desarrolladas). Al inicio del período se observaba una fuerte variación en torno al valor medio del indicador, pues casi la mitad de los países registraban cifras inferiores a 55 años; con el curso del tiempo esta dispersión se reduce considerablemente, en parte a raíz de que las ganancias se moderan a medida que se alcanzan valores mayores de esperanza de vida. Según las proyecciones vigentes, la tendencia convergente se hará más marcada en el futuro: en el año 2025 la esperanza de vida media de la población de la región será de casi 75 años y, salvo una excepción, en todos los países superará los 70 años; a mediados del siglo XXI el indicador regional se acercaría a los 78 años. La evolución de la esperanza de vida presenta también una persistente especificidad de género, expresada en la mayor probabilidad de sobrevivir de las mujeres: la diferencia con relación a los hombres aumentó sostenidamente de 3.4 a 6.5 años entre el comienzo del decenio de 1950 y el de 1990; posteriormente, y según las proyecciones, tendería a atenuarse, llegando a 6 años en el quinquenio 2045–2050.

Diversos estudios reconocen que el componente más importante de la disminución de la mortalidad en América Latina y el Caribe ha sido el infantil (CELADE/BID, 1996). Hasta el decenio de 1950 la tasa de la región era de 120 por mil y en varios países excedía de 150 por mil; medio siglo más tarde el promedio desciende a 36 por mil, y sólo en tres casos supera los 50 por mil. La ampliación de la cobertura de la atención materno-infantil y de servicios de saneamiento básico, la más alta escolaridad de las madres y el descenso de la fecundidad son algunos de los factores subyacentes en estos cambios (Guzmán y Orellana, 1988). Las proyecciones de población indican que al finalizar los próximos veinticinco años la mortalidad infantil llegará a 19 por mil y que en la gran mayoría de países no superará los 20 por mil; se espera que en el quinquenio 2045–2050 el indicador regional se reduzca a 10 por mil y que siga atenuándose la dispersión entre los valores nacionales.

Puede apreciarse que el descenso de la mortalidad infantil ha sido mucho más intenso que el observado entre la población adulta y, en particular, que en las edades avanzadas. Un indicio adicional de esta diferencia se obtiene al comparar las ganancias de la esperanza de vida de la población total con las conseguidas por el grupo de 60 y más años. La información disponible permite estimar que aproximadamente un 80% del aumento experimentado por el valor del indicador regional entre 1950 y 2000 corresponde al incremento de la probabilidad de sobrevivir hasta los 60 años; aun cuando se espera que en el futuro se haga más ostensible la disminución de la mortalidad después de aquella edad, es probable que durante los próximos cincuenta años su efecto no represente más del 30% del incremento de la esperanza de vida.³ Por cierto, las situaciones nacionales varían en torno a esta visión de conjunto, dependiendo tanto del momento de inicio del tránsito hacia una menor mortalidad (y de la estructura por edades de la población) como de la intensidad del cambio (y del grado de avance de la transición epidemiológica).

³ Chackiel y Plaut (1994), mediante un modelo basado en el comportamiento histórico de la mortalidad de Costa Rica y Cuba, muestran que la mayor disminución, en términos absolutos y relativos, corresponde a las edades más bajas: cuando la esperanza de vida aumenta de 50 a 75 años, el riesgo de morir de los niños menores se reduce en 90% y el de las personas de 65 y más años en 34%.

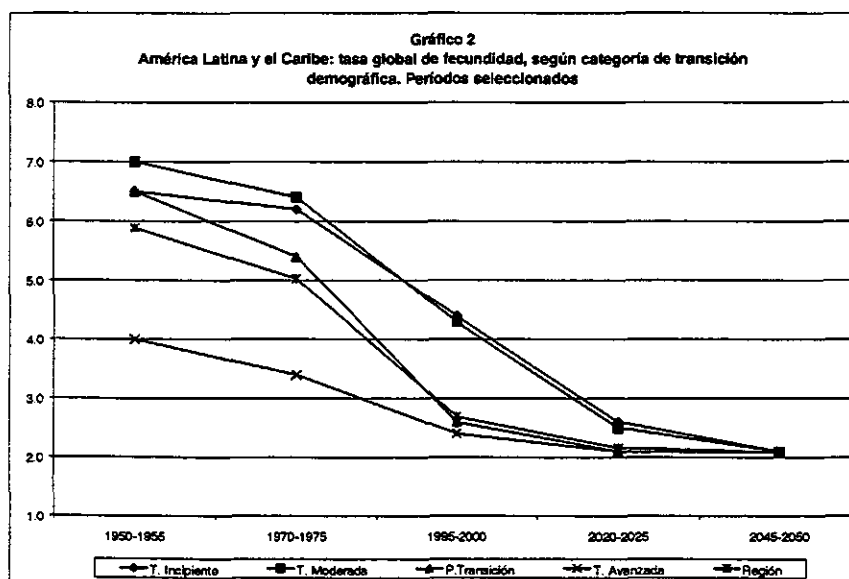


Si bien la disminución de la mortalidad fue, en orden cronológico, el primer gran cambio demográfico observado en América Latina y el Caribe durante el último medio siglo, existe consenso en la mayor trascendencia del segundo cambio: la drástica reducción de la fecundidad acaecida en la mayoría de los países a contar de mediados de los años sesenta y comienzos de los setenta. Una modificación tan profunda de la conducta reproductiva trasunta un complejo de cambios sociodemográficos y culturales. Dado que la fecundidad es la principal fuerza remodeladora de la estructura etaria de la población, sus alteraciones provocarán un impacto sobre el envejecimiento que será mayor y más directo que los cambios de la mortalidad. Como apunta Chesnais (1986 y 1990), el resultado inmediato de un más acentuado descenso de la fecundidad que de la mortalidad es el “envejecimiento por la base”, es decir, la disminución de la proporción de niños respecto de la población total (que se expresa en la contracción del escalón inferior de la pirámide de edades). La persistencia de este descenso por un tiempo prolongado llevará al “envejecimiento por el centro” (una figura rectangular); posteriormente, y en la medida que su efecto se combine con el de la disminución de la mortalidad en las edades avanzadas, originará estructuras etarias con una cúspide amplia y una base estrecha (tal vez con forma de hongo). De este modo, la transición hacia menores niveles de fecundidad actúa como detonador de la “inversión de la pirámide”.

Al comenzar la segunda mitad del siglo XX, la elevada fecundidad de las naciones de América Latina y el Caribe —con las excepciones de Argentina y Uruguay— se reflejaba en un promedio (tasa global) regional de 6 hijos por mujer; más aun, en 18 de los 31 países para los que se dispone de información excedía esa magnitud (gráfico 2 y cuadro 2). Sin embargo, esta situación comenzó a cambiar poco después, en consonancia con la evolución socioeconómica de la región. Durante los decenios comprendidos entre los años 1950 a 1980, la economía regional —dinamizada por el proceso de sustitución de importaciones— experimentó transformaciones de sus estructuras productivas, las que redituaron en un aumento del producto per cápita y propiciaron un conjunto de cambios sociales, tales como el fortalecimiento de los

estratos medios y asalariados, la expansión de la escolaridad y la urbanización acelerada. Estas nuevas condiciones objetivas fueron alterando, de manera gradual, las bases materiales de sustentación de algunas pautas culturales, como las relativas al ideal del tamaño de familia. La inserción creciente de la mujer en el mundo del trabajo, la necesidad de proporcionar una educación regular a los hijos y la mayor sobrevivencia de los niños, entre otros factores, contribuyeron a que las aspiraciones en materia reproductiva se encaminaran hacia una descendencia menos numerosa que en el pasado⁴.

La materialización de las nuevas aspiraciones reproductivas se vio facilitada por la puesta en práctica de los programas de planificación familiar y el acceso a anticonceptivos modernos, que permitieron postergar el calendario de la fecundidad y reducir el tamaño final de la descendencia; no obstante, existen indicios de una demanda insatisfecha de planificación familiar, que es puesta en evidencia por el desajuste entre el número deseado de hijos y el que efectivamente tienen las mujeres de los estratos pobres en varios países (CEPAL, 1998). La profundidad del cambio en los comportamientos reproductivos parece haber sido lo suficientemente grande como para superar la difícil prueba del ciclo recesivo de la “década perdida” de 1980 y los subsecuentes ajustes estructurales, pues no hay signos de que estas circunstancias adversas hubiesen alterado el curso de las tendencias descendentes de la fecundidad (CELADE/BID, 1996). De este modo, en el último quinquenio del siglo XX la tasa global de fecundidad llegó a un promedio regional de 2.7 y si bien todavía se observa una importante variabilidad entre los valores de los diversos países, todos ellos registran tasas inferiores a 5. Las proyecciones para los próximos veinticinco años indican que el descenso continuará y que la heterogeneidad de situaciones nacionales se abatirá considerablemente. Desde el año 2025 en adelante las hipótesis apuntan a una virtual convergencia en torno a 2.1 hijos por mujer, lo que equivale al nivel de reemplazo demográfico.



⁴ Según Guzmán y Rodríguez (1993, pp. 233-234), la generalización de “valores asociados a ideales de familia pequeña y de actitudes favorables al control de la natalidad” cobró cuerpo cuando tales patrones de conducta dejaron de estar “...disociados de la realidad material y cultural de los grupos de elevada fecundidad. Sólo luego

Otro factor que afecta las tendencias del envejecimiento de las poblaciones nacionales es la migración internacional. Dado que las personas que se desplazan son, en su gran mayoría, adultos jóvenes —algunos de los cuales migran con sus hijos de corta edad—, la migración tiende, a corto plazo, a dinamizar los estratos juveniles de las poblaciones receptoras y a envejecer a las de origen. Las repercusiones de la migración dependen de la magnitud y continuidad de las corrientes y varían según el momento histórico en que se produzcan. Si bien la totalidad de los países de la región experimenta movimientos migratorios, el examen de sus efectos sobre el proceso de envejecimiento se ve dificultado por la falta de estudios sistemáticos que permitan su comparación a escala regional. Además, el carácter variable y reversible de muchas corrientes —muchas de ellas con escasa intensidad en relación con las poblaciones de origen y destino— parece restringir su papel en la remodelación de las estructuras etarias. Aun así, se hará referencia a aquellas situaciones en que este impacto es y fue de especial importancia.

En Argentina y Uruguay, el acceso masivo —aunque fluctuante— de inmigrantes entre el último cuarto del siglo XIX y la primera mitad del siglo XX ha ejercido un efecto fundamental en el envejecimiento de las respectivas poblaciones. La expresión directa de este efecto, la adición de efectivos de edad adulta (en su mayoría hombres) a poblaciones aún no muy numerosas —lo que es más evidente si se examina su intervención en los contingentes de la población económicamente activa— significó una profunda modificación de las estructuras por edad de estos países; las oscilaciones de los flujos y su fuerte disminución después de la última postguerra implicaron ciclos de envejecimiento de la población. Tal vez aun más importante sea el efecto indirecto de esta inmigración, principalmente por su papel inductor de la temprana transición de la fecundidad en Argentina y Uruguay (Lattes, 1993).

La emigración, a su vez, modifica los patrones de crecimiento y las estructuras etarias de la población de los países del Caribe; así, el saldo migratorio neto estimado para el conjunto de esa subregión en los años ochenta pudo significar que el crecimiento natural se truncara “en alrededor de una cuarta parte” (Boland, 1995).⁵ Además de su impacto directo, la emigración caribeña —prolongada en el tiempo y selectiva según género— ha incidido en el descenso de la fecundidad, propiciando el envejecimiento por la base. En cuanto a los efectos de la emigración en un contexto de fecundidad relativamente baja, Solari (1987) fue enfático al calificar su fuerte aumento en Uruguay en el decenio de 1970 como un síntoma de “envejecimiento perverso”; con ello quiso señalar una distorsión del “envejecimiento normal” de la población uruguaya, que —como fruto de las interacciones de la fecundidad y la mortalidad en el marco de una inmigración del pasado— resultó en un proceso sostenido, pero no acelerado, de envejecimiento. En relación con las tendencias migratorias de los países caribeños cabe agregar un rasgo peculiar: a la corriente de emigración de adultos jóvenes se opone otra de inmigración

de varios años de cambios estructurales y de interacción creciente entre los distintos estratos se habrían generado las condiciones que posibilitaron el descenso sostenido de la fecundidad en América Latina.”

⁵ En las naciones integrantes de la CARICOM el saldo migratorio neto negativo del decenio de 1980 habría sido equivalente a la mitad del crecimiento vegetativo; en cambio, los saldos positivos registrados en otros países —Guayana Francesa, Islas Caimán e Islas Vírgenes Británicas— habría implicado una duplicación o triplicación de aquel crecimiento (Boland, 1995).

de adultos mayores, principalmente personas retiradas de la actividad laboral, muchas antiguos emigrantes que retornan a sus países de origen y otras nativas de las naciones de América del Norte que hacen uso de sus pensiones en el Caribe (Guegnant, 1993).

De esta somera descripción de los factores del envejecimiento de la población —y de sus cambios— puede inferirse que América Latina y el Caribe transita hacia nuevos escenarios demográficos. En rigor, esta afirmación, que válida para el conjunto de la región, no se aplica por igual a todos los países que la componen. Por ello, para examinar la evolución del proceso de envejecimiento, y como una aproximación a la heterogeneidad de casos nacionales, se estima conveniente identificar grupos de países de acuerdo con el estado de su transición demográfica en el decenio de 1990. Con este fin se recurre a una tipología construida por el CELADE (CEPAL/CELADE, 1996; Bajraj y Chackiel, 1995) que se basa en el análisis de los valores de las tasas vitales observados en los años noventa y define cuatro categorías (o agrupaciones)⁶: (a) *incipiente* (TI), que alude a la persistencia de niveles relativamente altos de natalidad y mortalidad, resultantes en tasas de crecimiento natural algo mayores que 2% anual; (b) *moderada* (TM), que se caracteriza por una mortalidad en claro descenso y una natalidad aún relativamente elevada, combinación que origina las mayores tasas de crecimiento vegetativo en la región, en general superiores al 2.5% anual; (c) *plena* (PT), que se distingue por una natalidad en declinación y una baja mortalidad, resultando en tasas de crecimiento natural próximas al 2% anual; (d) *avanzada* (TA), que se refiere a tasas de natalidad y mortalidad reducidas y tasas de crecimiento cercanas al 1% anual.

A raíz del carácter generalizado y acelerado de la transición demográfica en los países de América Latina y el Caribe, las dos últimas categorías señaladas (transición plena o avanzada) agrupan alrededor del 90% de la población regional estimada en el año 1995. En cambio, en 1950 una proporción similar se ubicaba en los inicios de aquella transición. Por consiguiente, el esquema clasificatorio propuesto, por el hecho de ser estático, no refleja en toda su extensión la trayectoria de los cambios que sucedieron, sino sus resultados al término del medio siglo ya transcurrido. Sin embargo, como el estado de la situación vigente en los años noventa es un elemento de referencia útil para distinguir entre la experiencia acumulada en el pasado reciente y el período de proyección —que se extiende hasta mediados del siglo XXI—, la clasificación puede prestarse para destacar los contrastes entre ambos patrones de evolución.

3. Envejecimiento de la población regional durante la segunda mitad del siglo XX

Un indicador agregado del cambio de la estructura etaria de la población y, por ende, de las tendencias del envejecimiento, es la edad mediana (cuadro 3). Entre 1950 y 1975 el valor de este indicador a escala de la región descendió en un año; el mismo signo se registró en todas las agrupaciones de países, con excepción de la de transición avanzada (TA).⁷ La magnitud del descenso de los promedios fue correlativa con el desarrollo de sus respectivas modalidades de transición demográfica. Este panorama revela el efecto combinado de la intensa disminución de

⁶ Los países que integran cada una de las categorías identificadas por este esquema se individualizan en los cuadros anexos.

⁷ La excepción es sólo parcial, pues se observó en sólo tres de los países de TA: Argentina y Uruguay, donde la transición demográfica comenzó a fines del siglo pasado, y Puerto Rico, cuya fecundidad bajó intensamente a contar de los últimos años del decenio de 1950.

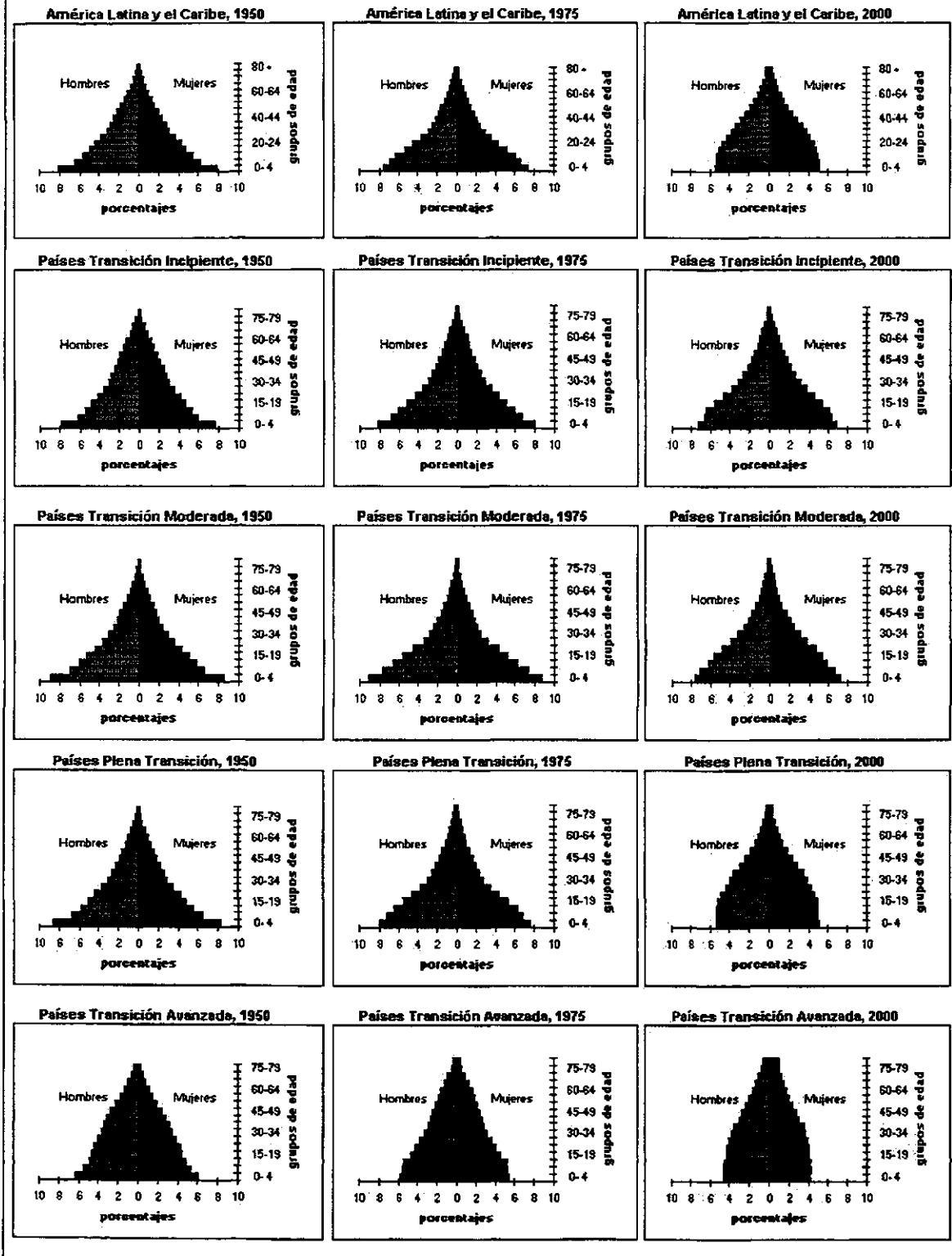
la mortalidad en los primeros años de vida y del factor de inercia que, hasta 1975, impedía que la declinación de la fecundidad —ya iniciada en la mayoría de las naciones— redundara en un aumento de la edad mediana. Un cuadro diferente surge de la comparación entre los datos de 1975 y 2000, ya que la edad mediana se incrementa en todas las agrupaciones, lo que insinúa un curso ascendente del envejecimiento; en este lapso se hacen patentes las repercusiones de la fuerte disminución de la fecundidad, que en la casi totalidad de los países siguió un ritmo más acentuado que el descenso de la mortalidad al comienzo de la vida.

Las tendencias de cambio de las estructuras etarias permiten reiterar los comportamientos descritos (gráfico 3 y cuadro 4). Durante el primer cuarto de siglo considerado (1950– 1975), la proporción de menores de 15 años aumentó en la mayoría (22) de los países, superando el 40% de la población total en 1975. Esta señal de rejuvenecimiento respondió a la ya comentada disminución de la mortalidad en la infancia y la niñez y al eventual aumento de la natalidad inducido por la reducción de la mortalidad. De modo paralelo, se elevó ligeramente la participación del grupo de 60 y más años, que llegó a más del 6% de la población. En cambio, el grupo etario central —la población en edades activas— tuvo una merma relativa en 26 países. Las proporciones más elevadas de menores de 15 años (superiores al 45%) se registraron en la categoría de transición moderada (TM), que presentaba los mayores niveles de fecundidad y natalidad en la región; asimismo, esta agrupación fue la única que mostró una leve disminución de la proporción de adultos mayores. Por el contrario, en Argentina y Uruguay el grupo joven representaba menos del 30% de las respectivas poblaciones nacionales y las personas de 60 y más años superaban el 10% , con un máximo de 14% en Uruguay.

En el año 2000 se hace evidente el impacto de la reducción de la fecundidad, lo que es puesto de manifiesto por la fuerte baja de la proporción de menores de 15 años en todos los países de la región, que llega, en promedio, a poco más del 31% de la población regional; sólo en las agrupaciones de transición incipiente (TI) y moderada (TM) bordea el 40%. Es decir, se está en presencia de una situación de envejecimiento por la base, reflejada en una clara modificación de la fisonomía de las pirámides de edad (gráfico 3). A su vez, la proporción de la población adulta mayor aumenta, aunque moderadamente, en la casi totalidad de los países, con las excepciones de Belice y Haití. Como consecuencia de la reducción de la fecundidad y de la inercia del crecimiento de los decenios previos, la población en edades activas constituye más del 60% del total de los efectivos demográficos en la mayoría de las naciones de la región; aunque su incidencia fue menor en las categorías de TI y TM, en ningún caso representa menos del 50% (condición que en 1975 se observó en once países). El panorama descrito muestra variaciones que trasuntan las diferentes sendas de la transición demográfica; así, en la agrupación de TA los rasgos de envejecimiento asumen su mayor notoriedad, ya que el tramo inferior de la estructura etaria disminuye a poco más de 25% de la población y el tramo superior se acerca al 13%. Si bien el caso uruguayo es, nuevamente, el que sobresale por su proporción de adultos mayores (17%), en Argentina y en cinco países del Caribe se registran cifras que van del 12% al 15%.

Gráfico 3

América Latina y el Caribe: estructura por edades y sexo según categoría de Transición Demográfica. Años 1950, 1975 y 2000.



Las tasas de crecimiento de los tres grandes grupos etarios considerados proporcionan otro aspecto de la evolución del envejecimiento: el ímpetu que adquiere la población de edad a raíz de la transmisión de los impulsos de la transición demográfica a lo largo de las cohortes (cuadro 5). En el período comprendido entre 1950 y 1975 el segmento de 60 y más años fue el que presentó las tasas más elevadas en el conjunto de la región; sin embargo, las diferencias fueron mínimas en la agrupación en plena transición (PT) y tuvieron signo opuesto en las de TI y TM, donde los menores de 15 años experimentaron el mayor ritmo de incremento. Por tanto, la categoría de TA fue la única en que los adultos mayores registraron un crecimiento claramente superior al de los otros dos grupos de edad. Esta situación cambia bastante en el intervalo siguiente (1975–2000), pues la tasa media regional de crecimiento de los efectivos de 60 y más años supera en casi un 50% la correspondiente al total de la población y más que triplica la del grupo juvenil; la única agrupación que muestra discrepancias es la de TI, excepción que se debe al exiguo incremento de la población adulta mayor de Haití. En la mayoría de los países del Caribe que integran las agrupaciones de TA y PT, el incremento de los adultos mayores contrastó con el decremento de los menores de 15 años, hecho especialmente marcado en Cuba. A raíz de los comportamientos mencionados, entre los años 1950 y 2000 el número de adultos mayores de la región se cuadruplicó, pasando de 10 a 41 millones (cuadro 3); en tanto, y siguiendo un ritmo de expansión sin precedentes, la población total se triplicó.

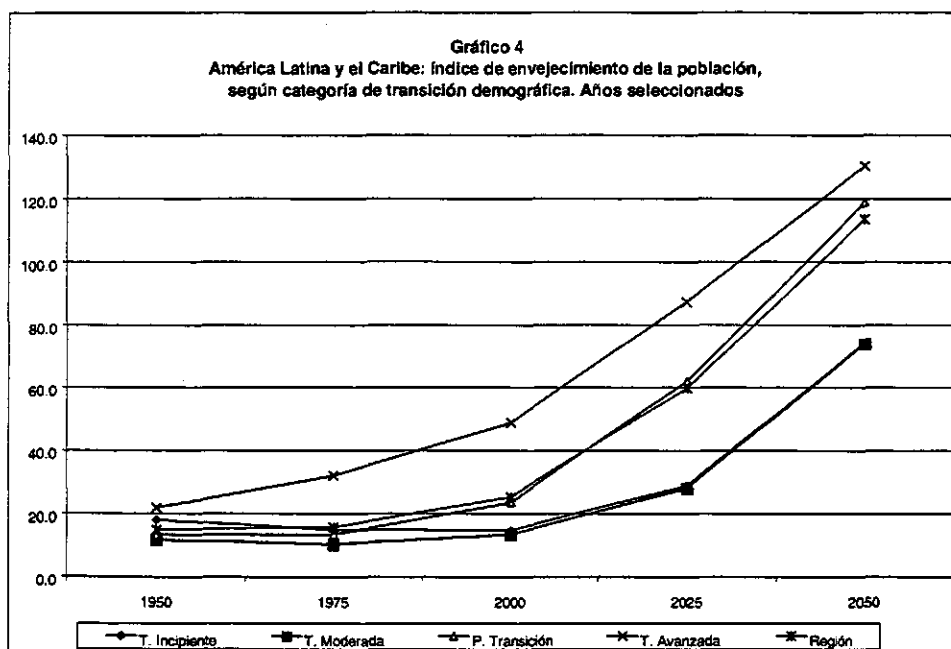
Complementando la descripción anterior, los índices de envejecimiento de la población y de dependencia demográfica brindan una imagen de los cambios intergeneracionales que se derivan de los cambios en las estructuras etarias (cuadro 6). El primer índice señala el número de personas de 60 y más años por cada cien menores de 15; el aumento de su valor apunta a la reducción de la capacidad de una población para renovar las generaciones que la alimentan desde su base. A su vez, el segundo índice se refiere a la cantidad de personas que, de acuerdo con su edad, serían solventadas por cada cien individuos potencialmente activos⁸; dentro de esta relación se destaca el porcentaje de la dependencia que corresponde a los adultos mayores.

El índice de envejecimiento presentó, a escala regional, una evolución ascendente durante la segunda mitad del siglo XX; su aumento, que fue mínimo hasta 1975 —en virtud del efecto de rejuvenecimiento derivado del descenso de la mortalidad—, se aceleró en los siguientes veinticinco años —a raíz de la baja de la fecundidad— y en el 2000 llega a una razón de una persona de edad por cuatro menores de 15 años (gráfico 4). Si bien esta evolución se reproduce en la agrupación en PT, en las de TI y TM los cambios son ínfimos y fluctúan alrededor de valores bastante bajos (poco más de un adulto mayor por cada diez niños y jóvenes)⁹. Una tendencia más definida se advierte en la categoría de TA, cuyo índice de envejecimiento asciende sostenidamente, comenzando con una cifra más alta que la del promedio y concluyendo con casi un adulto mayor por cada dos jóvenes o niños; como cabría esperar, los

⁸ Esta es una relación eminentemente teórica, pues no todas las personas agrupadas en el numerador (menores de 15 y adultos mayores) están fuera de la población económicamente activa ni tampoco todas las que figuran en el denominador (15–59 años) forman parte de ella.

⁹ Cabe sí anotar que el índice de envejecimiento aumentó, entre 1975 y 2000, en todos los países, salvo en Haití y Paraguay.

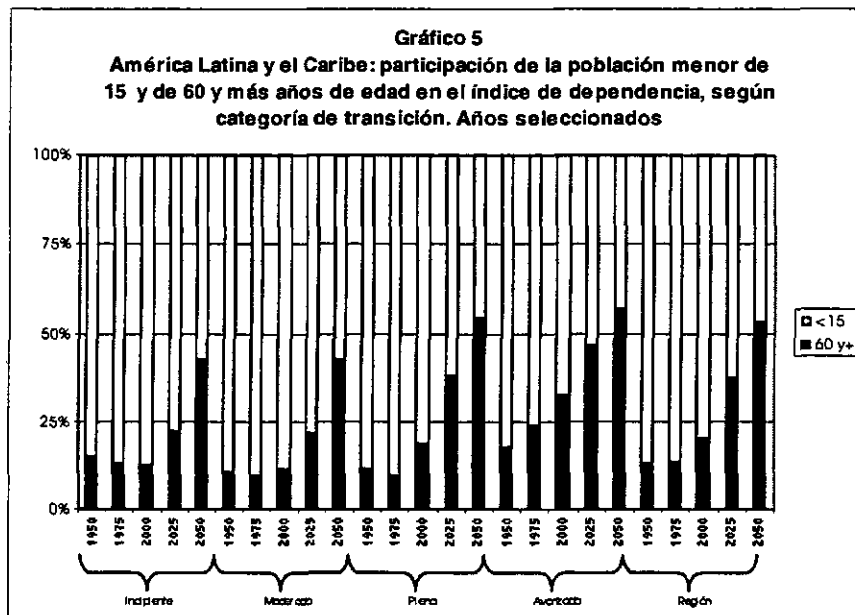
valores máximos corresponden a Uruguay, aunque en el año 2000 las cifras de Barbados, Cuba y Martinica se le acercan bastante. Distinto es el comportamiento del índice de dependencia demográfica; en la región aumentó de 85 dependientes por cada cien activos en 1950 a 96 en 1975, disminuyendo a 65 en el año 2000. Con cifras distintas, las cuatro agrupaciones de países coinciden con este patrón. Dado que este índice —por su composición— se hace eco de los efectos conjuntos del envejecimiento y del rejuvenecimiento, sus valores (total de personas “a cargo” de otras) expresan el impacto de las tendencias disímiles y hasta contrapuestas de la fecundidad y la mortalidad. Si se aísla la proporción del índice correspondiente a la población adulta mayor, el cuadro que surge —no muy distinto del que emerge del índice de envejecimiento— revela tanto el aumento de la proporción de personas de edad como las oscilaciones del grupo potencialmente activo (gráfico 5); por ende, las razones de dependientes por potencialmente activos (IDE) resultan exiguas y casi sin variación en todas las agrupaciones, salvo en la de TA, en que si bien aumentan gradualmente, en ningún caso llegan a 30%.



Los antecedentes proporcionados permiten concluir que durante la segunda mitad del siglo XX el envejecimiento de la población latinoamericana y caribeña sólo comenzó a insinuarse: tanto las proporciones de los grandes grupos etarios y sus tasas de crecimiento como los indicadores empleados ponen de relieve que este proceso es un fruto de una transición demográfica reciente, por lo que aún no se evidencia en toda su intensidad. En general —no obstante las altas tasas de crecimiento del grupo de 60 y más años de edad—, podría decirse que gran parte de la población regional sigue manteniendo rasgos juveniles, una reserva celosamente custodiada por el factor de inercia demográfica. Según la terminología de Chesnais (1990), en este medio siglo hubo un envejecimiento por la base y un ligero ensanchamiento del centro de la pirámide. Esta situación resulta de un rejuvenecimiento inicial (1950–1975), impelido por el descenso de la mortalidad y el aumento de la natalidad, que posteriormente (1975–2000) encuentra su contrapartida en un asomo de envejecimiento, motivado por la declinación de la

fecundidad; la operación de estas fuerzas con direcciones opuestas ocasiona fluctuaciones de la proporción de personas activas, que primero desciende y después aumenta. Tal vez la tendencia más clara es la de la proporción de personas de edad, que asciende durante todo el período.

Desde luego, las diversas rutas de la transición demográfica dejan su impronta en la heterogeneidad de situaciones advertidas. Aun cuando los promedios regionales son afectados por el considerable peso demográfico de la agrupación en PT, ello no impide distinguir las situaciones polares de TA y TI. La primera reúne los países en que el envejecimiento ha avanzado desde hace ya bastante tiempo (como lo ejemplifican las poblaciones ya “maduras” de Uruguay y Argentina) y otros en los que se aceleró fuertemente en años recientes (como lo ilustran Cuba y algunas naciones insulares del Caribe). La segunda situación, en cambio, se distingue por una velocidad de cambio que hasta hace corto tiempo era bastante menor que la del resto de la región. Las agrupaciones de TM y PT, por su parte, se ubican en una posición intermedia, aunque los indicadores demográficos de la categoría en PT parecen acercarse rápidamente a los que presenta la de TA. Haití y Uruguay acotan el rango de variabilidad de los países de América Latina y el Caribe: en tanto que la estructura de edades de la población haitiana se asemeja considerablemente a la del promedio de los países menos desarrollados en los años 1950 y 1975 (en el 2000 es más similar a la media de los países de más bajo grado de desarrollo), la composición etaria de la población uruguaya era muy parecida a la del promedio de las naciones más desarrolladas en 1950, aunque desde ese entonces ha presentado rasgos más juveniles, propios del carácter pausado de su envejecimiento (United Nations, 1999)¹⁰.



¹⁰ Las designación de países “más desarrollados”, “menos desarrollados” y “de más bajo grado de desarrollo” obedece a una práctica habitual de las Naciones Unidas, que cumple propósitos estadísticos y no implica juicio alguno sobre el estado de desarrollo de los países. La primera categoría incluye América del Norte, Japón, Europa, Australia y Nueva Zelanda; la de menos desarrollo comprende todas las regiones de África, América Latina y el Caribe, Asia (excluido Japón) y Melanesia, Micronesia y Polinesia; los países de más bajo grado de desarrollo —definidos por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1998— son 48 (33 de África, 9 de Asia, 1 de América Latina y el Caribe y 5 de Oceanía).

4. La probable evolución del envejecimiento en la primera mitad del siglo XXI

Vallin (1994) sostiene que el uso del saber para prever es uno de los grandes objetivos de la demografía. Puede ser también una carta de triunfo, pues la demografía “traza perspectivas para cincuenta o cien años (e incluso más), con poco riesgo de equivocarse respecto a la evolución de la población total durante los primeros treinta años y con la posibilidad de enmarcar el porvenir a más largo plazo dentro de una gama de probabilidades razonables”; si bien “buena parte de lo que se produzca está inscrito en las realidades presentes y se cometerán pocas equivocaciones en el mediano plazo”, la “dificultad estriba en la elección de hipótesis.”¹¹ Valga esta referencia como un preámbulo precautorio de la descripción siguiente, que se apoya en las proyecciones de población más recientes para los países de América Latina y el Caribe. Un supuesto básico de estas proyecciones es que la fecundidad llegará a un nivel final equivalente a una tasa de reemplazo, que los países alcanzarán —dependiendo de su situación actual— entre los años 2015 y 2045; se exceptúan de esta regla algunos países del Caribe que, como Cuba, ya presentaban tasas globales de fecundidad inferiores a 2.1 en el último decenio del siglo XX (cuadro 2) (Bajraj y Chackiel, 1995).

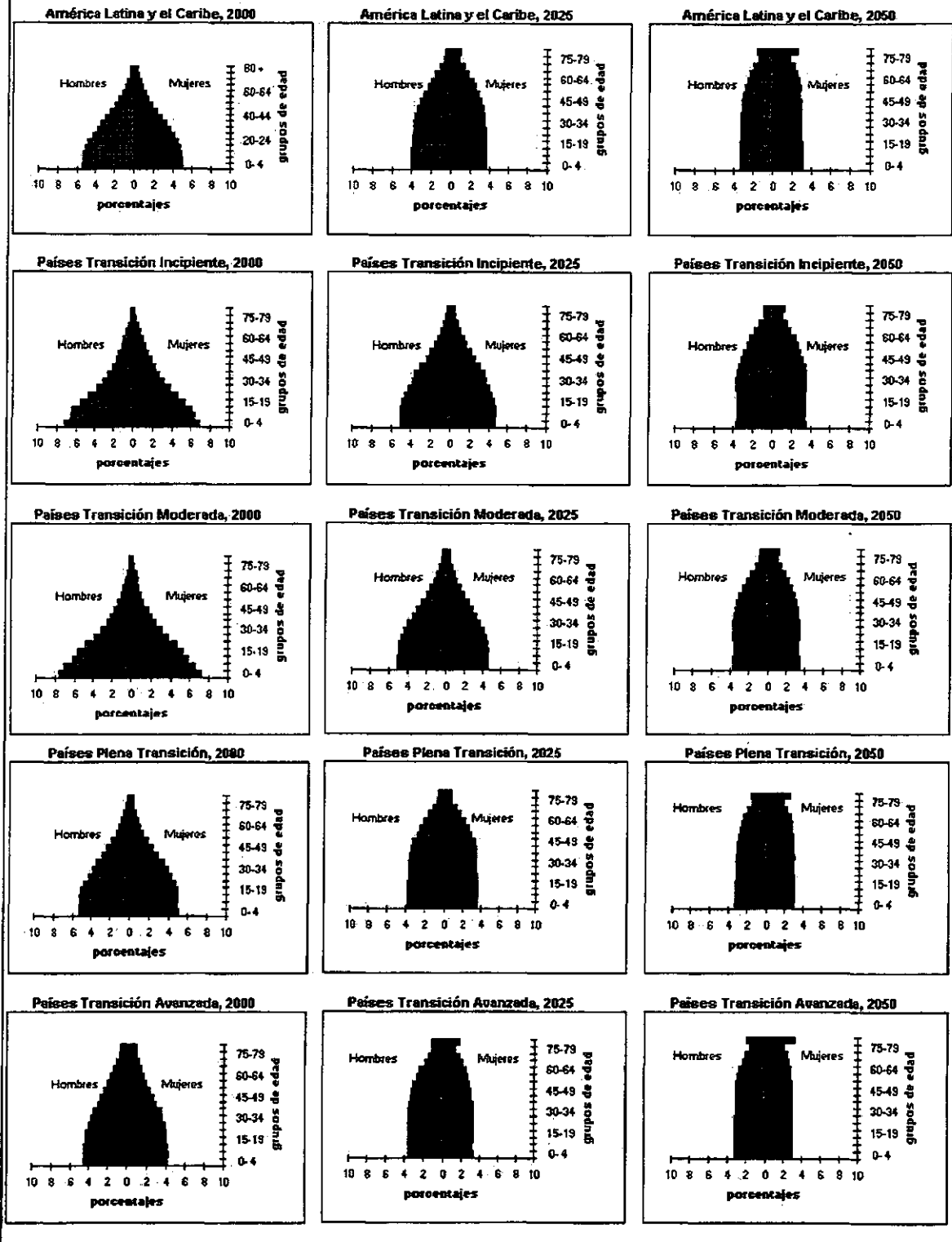
Se espera que en los primeros veinticinco años del siglo XXI la edad mediana de la población regional aumente en casi ocho años, para llegar a 32 en el 2025, cuantía que no parece tener precedentes y es una señal del avance del envejecimiento (cuadro 3). Como fruto del fuerte descenso de la fecundidad en los decenios de 1960 y 1970, la ganancia será algo más que ocho años en la categoría en PT y de seis a siete en las demás agrupaciones. No obstante esta aparente aproximación de los valores, en el año 2025 emergerán dos grandes bloques diferenciados por su edad mediana: el primero (de TA y PT) con 33 a 35 años y el segundo (de TM y TI) con 26; también se registrará un amplio rango de variación entre los países, con un máximo de 43 años en Cuba y un mínimo de 24 en Guatemala. En 2050, la edad mediana de la población regional ascenderá a 38 años, valor similar al que se estima tendrá Europa el año 2000. Las diferencias entre las agrupaciones se atenuarán al cabo del segundo cuarto del siglo XXI, pues los mayores aumentos corresponderán a los de las agrupaciones de TM y TI; en cambio, persistirán las variaciones entre países, con un recorrido acotado por Barbados y Cuba en el extremo superior (46 años) y Guatemala y Haití en el inferior (33).

Una imagen menos generalizada de las tendencias surge del examen de los cambios de las estructuras etarias (gráfico 6 y cuadro 4). En el año 2025, la proporción de menores de 15 años descenderá a menos de un 25% de la población en las categorías de TA y PT; en las de TI y TM, y a raíz del rezago con que se evidencian los efectos de la baja de la fecundidad, en ese grupo todavía se ubicará casi el 30% de los efectivos demográficos. A su vez, el conjunto de personas en edades activas verá crecer su importancia relativa en las agrupaciones de TM, TI y PT y la mantendrá en la de TA, representando entre el 61% y el 63% de las respectivas poblaciones. Se espera que el grupo de adultos mayores obtenga los mayores aumentos en sus proporciones, superando el 18% en la categoría de TA (cifra similar a la registrada en Europa

¹¹ Vallin agrega que, amén del razonamiento empírico —consistente en el examen de las tendencias pasadas y su extrapolación—, las hipótesis que sustentan las proyecciones suelen formularse con “el esquema de la transición demográfica en mente”, por lo que su fuente de inspiración puede ser “la evolución reciente de una población más avanzada en la senda de la transición.”

Gráfico 6

América Latina y el Caribe: estructura por edades y sexo según categoría de Transición Demográfica. Años 2000, 2025 y 2050.



en 1990) y el 14% en la en PT; en cambio, en las de TI y TM su incidencia seguirá siendo inferior al 9%. Cabe anotar que en seis países del Caribe los adultos mayores constituirán un quinto de sus poblaciones en el año 2025 y en Cuba representarán un cuarto.

Las cifras proyectadas para el año 2050 proporcionan signos de un envejecimiento bastante más acentuado y generalizado, ya que el estrato etario más joven representará alrededor de un 20% de la población en las cuatro agrupaciones de países. El grupo en edad de trabajar, por su parte, disminuirá su participación en las categorías de TA y PT al 56 ó 57% del total, pero la mantendrá estable (en torno al 62%) en las de TI y TM. La proporción de adultos mayores se duplicará en las agrupaciones de TI y TM, hasta llegar al 16% de la población; en las de TA y PT las cifras superarán el 23%. En el año 2050, Argentina y Uruguay, países precursores del envejecimiento en la región, contarán con estructuras etarias similares a las de Brasil, Chile y México, cuyas proporciones de adultos mayores se asemejarán a las proyectadas para la población de Europa en el año 2015, aunque la base de sus pirámides será similar a la europea del año 2000. Por su parte, las proyecciones de Barbados y Cuba para 2050 presentan estructuras etarias semejantes a las del promedio de las regiones más desarrolladas en ese mismo año.

De acuerdo con las proyecciones, entre los años 2000 y 2025, la tasa de crecimiento del grupo de 60 y más años alcanzará su mayor intensidad en las agrupaciones de PT y TM; ya minadas las reservas provistas por los altos ritmos de incremento del pasado, esa tasa será más reducida en la categoría de TA (cuadro 5). No obstante, la velocidad del envejecimiento seguirá siendo mayor en esta última agrupación, pues la tasa de crecimiento del grupo de más edad virtualmente cuadruplicará la de la población total. Otra muestra del dinamismo del proceso es el considerable abatimiento de la tasa de crecimiento del estrato menor de 15 años, que adoptará un valor negativo no muy distinto de cero en las categorías de PT y TA y cifras inferiores a la unidad en las de TI y TM; más aun, esta tasa presentará valores negativos en 16 países (entre los que se destacan Barbados y Cuba) y nulos en otros tres. Si bien la población en edad de trabajar también verá mermado su ímpetu, su ritmo de cambio será similar al de la población total en la agrupación de TA y ligeramente superior en las demás categorías. Este panorama se agudizará en el segundo cuarto del siglo XXI, ya que las hipótesis de las proyecciones asumen una reducción de las diferencias entre las agrupaciones y entre los países: la tasa de crecimiento del grupo de población menor será nula o negativa en 26 de los 31 países; las mismas condiciones caracterizarán a la población de 15 a 59 años en nueve países. El ritmo de incremento de la población adulta mayor también disminuirá en las agrupaciones de TA y PT, aunque en ambas la velocidad del envejecimiento continuará siendo elevada (las tasas del grupo más que cuadruplicarán las de las respectivas poblaciones totales); este comportamiento será compartido por las categorías de TI y TM. En términos absolutos, los adultos mayores —que el año 2000 eran 41 millones— aumentarán a 98 millones en 2025 y a 184 millones en 2050¹².

A raíz de las tendencias proyectadas, el índice de envejecimiento aumentará abruptamente durante la primera mitad del siglo XXI; para la región como un todo se estima que en el año

¹² El aumento de la población adulta mayor en el período 2000–2050 equivale a casi el 50% del incremento demográfico total que experimentará la región; en el período 1950–2000 esa proporción fue de menos del 10%.

2025 habrá un adulto mayor por cada dos menores de 15 años y que el 2050 esa razón será de uno (gráfico 4 y cuadro 6). Desde luego, las diferentes trayectorias de la transición demográfica repercuten sobre los valores del índice, y así se aprecia en los promedios de las agrupaciones. Según los datos de las proyecciones, en 2025 siete países tendrán índices de envejecimiento superiores a 100, lo que significa que habrá más de una persona de 60 y más años por cada menor de 15; en dos de estos países, Barbados y Cuba, los índices alcanzarán a 150. En el año 2050, 23 naciones (incluidas todas las de las agrupaciones de TA y PT) tendrán índices superiores a 100 y en Barbados y Cuba se superarán los 200 (es decir, más de dos adultos mayores por cada niño o joven). Por otra parte, el índice de dependencia demográfica en la región se reducirá ligeramente entre los años 2000 y 2025, pero ello se deberá exclusivamente a la disminución del peso relativo de los menores de 15 años; en el período 2025–2050 aumentará sólo a raíz del incremento en el número de dependientes que son adultos mayores (gráfico 5). No obstante lo dicho —y a igualdad de otros factores—, la “carga” demográfica total (IDD) en el año 2050 será inferior a la registrada un siglo antes.

Vallin (1994) tiene razón al afirmar que “la recomposición de la pirámide que se opera ante nuestros ojos plantea problemas económicos, sociales, políticos ... el envejecimiento es ineludible”. Si bien esta aseveración se refiere al estado de cosas en los “países industrializados” en el momento actual, la evolución probable de los diversos indicadores del cambio de la población de América Latina y el Caribe en los cincuenta años venideros también parece apuntar a esa condición ineludible; es lo que se desprende de las proyecciones demográficas más recientes. En la primera mitad del siglo XXI la población de la región cruzará el umbral de su envejecimiento y se hará cada vez más madura; de allí que sea prudente considerar una sugerencia de Vallin: “es urgente hacerse a la idea de una sociedad nueva”. Pelaéz y Argüello (1982) advirtieron en un estudio precursor sobre el envejecimiento que, después del año 2000, se aceleraría el ritmo de aumento de la proporción de personas de 60 y más años de edad en la región, principalmente como consecuencia de los cambios previstos en los niveles de fecundidad; esa indicación se aplica también a las agrupaciones de países identificadas según el estado de su transición demográfica en el decenio de 1990. Paralelamente, declinará con fuerza la incidencia de los niños y jóvenes. Podría decirse, en palabras de Chesnais, que en el próximo medio siglo se irá gestando la inversión de la pirámide.

Sin embargo, las observaciones anteriores deben tomarse con cautela. Todo indica que el proceso seguirá desarrollándose gradualmente y que todavía en los primeros años del siglo XXI persistirá mucha de la heterogeneidad observada en los períodos anteriores. Las proyecciones indican que en el año 2025 los jóvenes representarán casi un 24% de la población regional y los adultos mayores llegarán al 14%; la proporción de personas en edades activas será incluso mayor que la registrada veinticinco años antes, por lo que el índice de dependencia demográfica disminuirá. Esta situación, que no es muy distinta de la alcanzada por Europa en 1975, refleja principalmente los perfiles de la agrupación de países en PT, pues los ubicados en las categorías de TI y TM continuarán presentando estructuras más juveniles. En rigor, en el año 2025 sólo en seis países —ubicados en la categoría de TA y todos ellos del Caribe, con Barbados y Cuba a la cabeza— las personas de 60 y más años serán más numerosas que los menores de 15. Aun así, un aspecto que no debe pasar desapercibido es la velocidad del envejecimiento, pues las tasas de crecimiento de la población adulta mayor aumentarán en la

gran mayoría de los países y las de los jóvenes disminuirán, asumiendo signo negativo en muchos de los que integran las categorías de PT y PA. Las cifras absolutas también dan cuenta de esta aceleración: un promedio burdo permite señalar que, entre los años 2000 y 2025, casi 2.3 millones de personas se agregarán anualmente a la población adulta mayor de la región.

El panorama del envejecimiento cobrará más nitidez hacia el término del período de la proyección, cuando se tenderá a una convergencia de los indicadores nacionales; no obstante, el potencial de crecimiento implícito en las estructuras etarias —que postergará el estado estacionario hasta después del año 2050— seguirá originando diferencias. Salvo en Barbados y Cuba, la población continuará creciendo en el quinquenio 2045–2050, con tasas cercanas (o incluso mayores) a la unidad en los países de las categorías de TI y TM y en algunos en PT. En el año 2050, casi el 23% de la población regional tendrá 60 o más años de edad, porcentaje similar al proyectado para las naciones más desarrolladas alrededor de 2012; esta mayor proximidad temporal pone de relieve la celeridad del envejecimiento en la región. Sin embargo, la proporción de jóvenes en América Latina y el Caribe (20%) en el año 2050 será ligeramente mayor que la de los países más desarrollados en 1995; la inercia demográfica explica esta diferente evolución. Tal inercia encuentra su base en las distintas rutas de la transición demográfica, separadas por su temporalidad, la estructura etaria existente en su momento inicial y la velocidad de los cambios. Una muestra elocuente de los efectos de aquellas distintas trayectorias es el contraste entre Cuba y Guatemala y que llevarán a que la estructura por edades de la población guatemalteca en 2050 se asemeje a la que tenía Cuba cincuenta años antes. En general, en todos los países de TA y PT las proporciones de adultos mayores serán superiores a las de los menores de 15 en el año 2050; aunque esta condición no se registrará en las categorías de TI y TM (salvo el caso de Belice), los índices de envejecimiento y de dependencia demográfica acusan esta tendencia. También las cifras absolutas se acrecientan en el período 2025–2050: en promedio, cada año unas 3.4 millones de personas se incorporarán al grupo de 60 y más. En suma, al cabo del próximo medio siglo el envejecimiento será más intenso y más generalizado en la región¹³.

5. Algunos rasgos sociodemográficos de la población adulta mayor en la región

A medida que avanza el proceso de envejecimiento se va acrecentando la proporción de las personas de 75 años y más, que conforman la llamada “cuarta edad”. Su aumento relativo es el fruto del retroceso de la mortalidad general —que posibilita la sobrevivencia de una proporción cada vez mayor de la población—, de la prevención oportuna de afecciones que hasta no hace mucho eran consideradas inevitables y del combate a las enfermedades degenerativas. El número de personas de 75 años y más aumentó de manera sostenida en América Latina y el

¹³Una pregunta que puede hacerse es cuánto cambiaría la proporción de adultos mayores en el año 2050 si la fecundidad evolucionara, a contar de 1995, de manera distinta a la supuesta en la variante media de las proyecciones. Si se asume que la tasa global de la región llegará en el año 2050 al valor que tiene en Argentina en el último quinquenio del siglo XX (variante alta), la proporción de adultos mayores al final del período sería de 18.2%. Si, en cambio, se adopta la hipótesis de un descenso más acelerado de la fecundidad (variante baja), de modo que la tasa global llegue al nivel de reemplazo al comienzo del segundo quinquenio del siglo XXI, en el año 2050 la proporción de adultos mayores alcanzaría a 27.6%. La variante alta arroja una cifra similar a la proyectada para el año 2025 en los países más desarrollados y la cifra de la variante baja se aproxima a la proyectada para el año 1995 en esos mismos países.

Caribe entre 1950 y 2000, llegando a casi 10 millones; según las proyecciones su magnitud se elevará a 24 millones y 62 millones en los años 2025 y 2050, respectivamente (cuadro 3). Su incidencia en la población total, que era de apenas 1% en 1950 se duplica en el año 2000 y se espera que llegue a casi el 8% en 2050, por lo que a lo largo de todo el período considerado su tasa de crecimiento supera a la de todos los demás grupos etarios (cuadros 4 y 5). En relación con el conjunto de los adultos mayores, los integrantes del segmento de más edad constituían menos de una quinta parte en 1950, pero ya en el año 2000 su participación aumentó a un cuarto y se proyecta que sea un tercio en 2050; la representación relativa de este estrato varía entre las agrupaciones de países según el estado de su transición demográfica (cuadro 7).

En suma, y en términos absolutos y relativos, cada vez son más las personas que llegan a edades avanzadas y también parece ser cada vez mayor la proporción de años que viven en esas edades. Si bien el deseo de vivir muchos años se ha ido materializando gradualmente, no es seguro que tal progreso esté acompañado de mejoras en la calidad de la vida; dado que muchos factores coadyuvantes del envejecimiento de la población —entre otros, la disponibilidad de medios anticonceptivos y de recursos para evitar la muerte prematura— no son imputables a un mayor grado de desarrollo socioeconómico, es probable que buena parte de la población de la cuarta edad esté expuesta a la pobreza. Más aun, algunas expresiones del cambio social, como las modificaciones en el papel y la estructura de la familia, parecen conllevar un detrimento de las formas tradicionales de cuidado de las personas de más edad. Además, muchas de estas personas han concluido su vida laboral, sea porque obtuvieron una pensión o porque sus capacidades no les permiten seguir trabajando; en ausencia de mecanismos apropiados de respaldo a la interacción social, el retiro de la actividad genera un síndrome de desvinculación, que suele ir acompañado de la pérdida del reconocimiento y de la importancia que esas personas pudieron tener en el pasado. Es también probable que los rezagos de las respuestas para atender las necesidades de esta población se extiendan al ámbito del cuidado de la salud, lo que redundará en un serio empeoramiento de su calidad de vida.

Una característica distintiva del envejecimiento es su especificidad de género; en general, a medida que aumenta la edad de una población se acrecienta la proporción de mujeres y disminuye el índice de masculinidad. En casi todos los países de América Latina y el Caribe, y a lo largo del período 1950–2050, la población adulta mayor presenta este signo distintivo; las únicas excepciones que se registran pueden deberse a los efectos de la migración (cuadro 8). El sistemático predominio numérico femenino es aun mayor en el subconjunto de la cuarta edad. Esta especificidad se origina en la mortalidad diferencial según sexo, que redundará en una mayor esperanza de vida de las mujeres; la longevidad más prolongada de las mujeres se acentúa a medida que descende el nivel general de la mortalidad. Como promedio, en la región las mujeres viven seis años más que los hombres y a la edad de ingreso a la adultez mayor la diferencia es de casi cuatro años. Estas condiciones se consolidarán durante los primeros cincuenta años del siglo XXI, aun cuando en la agrupación de países de transición avanzada los índices de masculinidad de los adultos mayores tienden a aumentar en el intervalo 2025–2050.

Tal como se sugirió respecto de la cuarta edad, más importante que la mera longevidad es la calidad de los años que se viven. Según se desprende de la información de los censos de varios países latinoamericanos y caribeños, entre un cuarto y un tercio de las mujeres de 60 a 64 años no tienen cónyuge, ya sea porque enviudaron o porque se mantuvieron célibes; esta proporción

se eleva a más de la mitad entre las personas de 75 años y más. La ausencia de una pareja, amén de restringir las posibilidades de enfrentar las necesidades básicas, crea carencias afectivas y repercute sobre la seguridad emocional. La frecuencia más elevada de la viudez entre las mujeres no sólo obedece a la diferencia de la esperanza de vida sino también a los efectos de las pautas culturales asociadas a los patrones de nupcialidad —los hombres se unen con mujeres de menor edad— y a la mayor probabilidad de los hombres de establecer una nueva unión después de la viudez o de la ruptura de otra anterior. La condición de la mujer de edad se ve también afectada negativamente por una menor participación en el mercado laboral, lo que redundaría en limitaciones para la generación de ahorro o para la percepción de ingresos mediante una pensión.

Otro aspecto del envejecimiento es el que se deriva de las diferencias entre las estructuras etarias urbanas y rurales, lo que puede incidir en distintos perfiles de envejecimiento. Según las estimaciones y proyecciones para el período 1975–2025, el grado de urbanización (porcentaje urbano) de los adultos mayores es ligeramente superior al de la población total a escala de la región; esta condición es incluso más acentuada entre las personas de 75 y más años (CELADE, 1999). Sin embargo, en varios países —de diferente grado de urbanización y de envejecimiento— presentan la situación inversa (cuadro 9). Por otra parte, la estructura por edades de las zonas rurales muestra, de modo sistemático y sin asociación aparente con el grado de urbanización del país, proporciones más altas de menores de 15 años que las urbanas; en cambio, en estas últimas se observan mayores proporciones de población en edad de trabajar. De estas discrepancias resultan índices de dependencia menores en el medio urbano. También las áreas urbanas registran índices de masculinidad claramente inferiores a los de las rurales. Todas estas características, que reflejan las repercusiones de la migración del campo a la ciudad (selectiva por sexo y edad), tienden a mantenerse en las proyecciones, si bien la incidencia relativa de la población de 60 y más años se acrecienta en ambas áreas. En otros términos, hasta el año 2025 persisten los rasgos de diferenciación entre las pirámides urbanas y rurales, pero en ambas se va haciendo manifiesto el envejecimiento.

Finalmente, una de las características sociodemográficas más importantes de la población adulta mayor es la referida al trabajo. Como en otras regiones del mundo, en América Latina y el Caribe la tasa de participación económica de las personas de edad es inferior a la de los demás adultos. Esta situación, más allá de responder a una decisión voluntaria o a una limitación impuesta por problemas de salud, obedece a las disposiciones que rigen el retiro de la actividad y a las rigideces del mercado de trabajo. El escaso dinamismo en la creación de nuevas plazas laborales, la persistencia de altos niveles de desempleo y la generalizada subutilización de la fuerza de trabajo, sumados a la virtual obligatoriedad de la jubilación en el sector formal del empleo, son factores que presionan en contra de la mantención de las personas de edad en la actividad económica. Dado este contexto, es frecuente que la separación de sus empleos signifique, para los adultos mayores, el retiro permanente de la fuerza de trabajo remunerada, pues en la búsqueda de nuevas ocupaciones se estrellan con obstáculos que no pueden sortear, como la discriminación por razón de edad o la competencia de jóvenes eventualmente más calificados o con conocimientos más actualizados (CEPAL/CELADE, 1997).

La información disponible indica que las personas de edad de la región cumplen un papel importante en la producción de bienes y servicios. Aunque las tasas específicas de participación tienden a disminuir con la edad, en el conjunto de América Latina se aprecia que en 1980 casi la mitad de la población de 60 a 64 años seguía inserta en la actividad económica; tal vez más notable sea el hecho de que casi el 16% de las personas de 75 y más años continuaban realizando tareas económicas. Si bien para el año 2000 se supone un ligero descenso en estos niveles de participación, ello no va en menoscabo del esfuerzo laboral involucrado (cuadro 10). Además, debe tenerse en cuenta que estas cifras se refieren a la población de ambos sexos; como los instrumentos de observación no recogen en plenitud la intervención de la mujer en el mundo laboral, las cifras efectivas seguramente son más elevadas¹⁴. La heterogeneidad del panorama regional, vinculada tanto con el grado de diversificación de las estructuras productivas como con las instancias de transición demográfica, resulta manifiesta cuando se confrontan las tasas de participación de los adultos mayores de Haití y Uruguay en 1980: la del grupo de 60 a 64 años en Haití más que duplicaba la registrada en Uruguay; la del de 75 y más la sextuplicaba. La elevada participación laboral de las personas de edad parece indicar una situación que dista mucho de obedecer a una opción voluntaria y puede atribuirse tanto a la reducida cobertura de los sistemas previsionales como al escaso monto de las jubilaciones percibidas por el segmento de la población que cuenta con aquella protección.

6. Consideraciones finales

El examen de las estimaciones y proyecciones de población para los países de América Latina y el Caribe permite concluir que su proceso de envejecimiento se desarrolla en un contexto de transición demográfica persistentemente heterogéneo. El momento histórico en que se dinamiza esa transición, las condiciones iniciales de la estructura por edades y el ritmo de cambio de las variables demográficas básicas son factores que delimitan las diferencias en la profundidad e intensidad del envejecimiento demográfico de los países.

La revisión de los antecedentes empíricos sobre el descenso de la mortalidad pone de manifiesto que su trayectoria originó un impulso inicial favorable al rejuvenecimiento de la población, pues sus primeros y más poderosos efectos consistieron en el aumento de la probabilidad de sobrevivencia infantil; más tarde, esos efectos empezaron a manifestarse sobre las edades adultas, incluyendo las mayores. Un impacto más directo sobre el envejecimiento se desprendió de la reducción de la fecundidad, en especial después de la segunda mitad de la década de 1960; ello llevó a un gradual angostamiento de la base de la pirámide de edades. Las proyecciones suponen una progresiva convergencia de las tasas globales de fecundidad hacia el nivel de reemplazo, pero reconocen diferentes sendas para llegar a ese valor alrededor del año 2050. En virtud de esta evolución, los signos del envejecimiento no sólo se harán más nítidos sino también se generalizarán, aunque la heterogeneidad entre los países continuará expresándose en las distintas estructuras etarias. En algunos países, y con manifestaciones diversas, la migración también contribuye a inducir el envejecimiento y la transición demográfica.

¹⁴ Por lo común, las tasas de participación femeninas equivalen a un tercio de las masculinas; más allá de que no se asigne valor al trabajo de la mujer en el hogar, aquellas tasas revelan el efecto de un contexto cultural en que la actividad laboral de la mujer no goza de un genuino reconocimiento social.

A raíz de las tendencias de las variables básicas, “mediatizadas” por la componente de inercia inherente a las estructuras de edades, la transición demográfica ha venido dando cuerpo a distintas modalidades de envejecimiento de las poblaciones nacionales. Para su exploración se utiliza un esquema tipológico de estados de la transición en un momento que separa la experiencia pasada de las expectativas futuras y reconoce cuatro categorías de países caracterizados por los valores de sus tasas vitales observadas en el decenio de 1990. La observación de las tendencias se hace reconociendo cuatro intervalos en el siglo que se extiende entre 1950 y 2050.

Una vez concluido el primer intervalo (en 1975) se advierte que el envejecimiento sólo empezaba a insinuarse, pues la transición demográfica —en particular, la disminución de la fecundidad— se enfrentaba con estructuras etarias cargadas de un alto potencial de crecimiento. No obstante, en cuatro países la proporción de mayores de 60 años superaba el 10% de la población: junto a Uruguay (que ya había pasado esa barrera en 1950), se ubicaban Argentina, Barbados y Cuba; en todos ellos la participación de los menores era inferior al 40%. La población uruguaya, en ese entonces la más envejecida, mostraba una estructura por edades similar a la del promedio de los países más desarrollados en 1950.

El término del siglo XX es acompañado de un asomo más definido del envejecimiento en varios países en los que la transición demográfica se encuentra en un estado avanzado, pues la declinación de la fecundidad comienza a operar como un decidido remodelador de la estructura por edades, lo que agudiza su contraste con el grupo de transición incipiente. En el año 2000 la proporción de adultos mayores se ubica por encima del 10% en nueve países: Antillas Neerlandesas, Argentina, Barbados, Chile, Cuba, Guadalupe, Martinica, Puerto Rico y Uruguay; en este último país esa proporción llega al 17%, cifra similar a la del promedio que registraban los países de mayor desarrollo en 1990, pero el grupo menor de 15 años muestra un persistente rasgo bastante más juvenil en la base de la pirámide. Fuera del conjunto de transición avanzada, Brasil, Panamá y Suriname aumentaban su porcentaje de adultos mayores de manera importante.

Ya entrado el siglo XXI el panorama regional experimentará un giro. En el año 2025, las altas tasas de natalidad de los decenios recientes en los países de transición incipiente y moderada todavía seguirán frenando el avance del envejecimiento. Pero en las otras dos categorías (en plena transición y avanzada) todos sus integrantes habrán cruzado el umbral del 10% de población adulta mayor; así, a los que ya lo habían hecho el año 2000 se añadirán Bahamas, Brasil, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Guyana, Jamaica, México, Panamá, Perú, República Dominicana, Suriname y Venezuela. También se agregará El Salvador. Además, en seis países del Caribe aquella proporción será mayor que la de los menores de 15 años y Barbados y Cuba (con más de 24% de personas de 60 y más años) tendrán estructuras etarias parecidas a las proyectadas para el promedio de los países más desarrollados en 2020.

Al cabo del período de proyección (es decir, en el año 2050) la situación del envejecimiento demográfico de América Latina llegará a un estadio relativamente avanzado, con una proporción media de adultos mayores de casi 23% y una de menores de 15 de sólo 20%. A pesar de haber quedado disminuido por tasas negativas o nulas de crecimiento, el grupo de

jóvenes continuará siendo un tramo más amplio que en los países más desarrollados en 1995. Una de las novedades del año 2050 será que las personas de 60 y más años representarán más del 15% de la población en todos los países. En Barbados y Cuba, los dos países de más profundo envejecimiento, la población de edad mayor más que duplicará a la de menos de 15 años.

Por último, en el texto se mencionan algunas características sociodemográficas de los adultos mayores. El envejecimiento demográfico no sólo afecta a la población como un todo —lo que es la base de su definición— sino que también se manifiesta entre el mismo conjunto de adultos mayores, y así lo muestra el ascenso sostenido de la proporción que tiene 75 y más años de edad. Otra característica del envejecimiento, asociada a las diferencias de mortalidad, es su marcado y persistente signo de género, con un predominio numérico de mujeres, que es especialmente notorio entre el segmento de mayor edad. A raíz de los mecanismos de cambio de la distribución espacial de la población, las estructuras etarias urbanas y rurales difieren; aunque el envejecimiento se registrará en ambos conjuntos, los adultos mayores están más concentrados en el medio urbano que el resto de la población. Una proporción relativamente alta, fluctuante entre los países, de los adultos mayores continúa participando en la actividad económica. Todos estos rasgos de la población de 60 y más años deben ser considerados en la evaluación de los significados del envejecimiento.

BIBLIOGRAFÍA

Bajraj, Reynaldo y Juan Cackiel (1995), “La población en América Latina y el Caribe: tendencias y percepciones”, *Notas de Población*, No. 62 (LC/DEM/G.164), Santiago de Chile, Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE).

Bobbio, N. (1997), *De senectute*, Barcelona, Ed. Taurus.

Boland, Bárbara (1995), “Población y desarrollo en el Caribe”, *Notas de Población*, No. 62 (LC/DEM/G.164), Santiago de Chile, Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE).

CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (1998), *Población, salud reproductiva y pobreza*, Oranjestad.

CEPAL/CELADE (1996) (Comisión Económica para América Latina y el Caribe/Centro Latinoamericano de Demografía), *Plan de Acción Regional Latinoamericano y del Caribe sobre Población y Desarrollo*, (LC/G.1920), Santiago de Chile.

CEPAL/CELADE (1998)(Comisión Económica para América Latina y el Caribe/Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía) (1998), *Boletín Demográfico*, No. 62 (LC/DEM/G.180), Santiago de Chile.

----- (1999), *Boletín Demográfico*, No. 63 (LC/G.2052), Santiago de Chile.

----- (1999), *Boletín Demográfico*, No. 64 (LC/DEM/G.188), Santiago de Chile.

CELADE/BID (Centro Latinoamericano de Demografía/Banco Interamericano de Desarrollo) (1996), *Impacto de las tendencias demográficas sobre los sectores sociales en América Latina. Contribución al diseño de políticas y programas*, Santiago de Chile.

Chackiel, Juan y Renate Plaut (1994), “América Latina: tendencias demográficas con énfasis en la mortalidad”, *Notas de Población*, No. 60 (LC/DEM/G.149), Santiago de Chile, Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE).

Chesnais, J. C. (1986), *La transition démographique. Etapes, formes, implications économiques*, París, Institut National d'Études Démographiques (INED), Presses Universitaires de France.

----- (1990), *El proceso de envejecimiento de la población*, (LC/DEM/G.87), Santiago de Chile, Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE).

Guengannt, J. P. (1993), “Whither the Caribbean exodus? Prospects for the 1990's”, *International Journal*, Vol. XLVIII (Spring).

Guzmán, J. Miguel y Hernán Orellana (1989), “Nuevas tendencias de la mortalidad infantil en Cuba, Chile y Costa Rica”, *Salud, enfermedad y muerte en América Latina*, Otawa, Consejo latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO).

Guzmán, J. Miguel y Jorge Rodríguez (1993), “La fecundidad pre-transicional en América Latina: Un capítulo olvidado”, *Notas de Población*, No. 57 (LC/DEM/G.133), Santiago de Chile, Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE).

Laslett, P. (1996), “What is old age? Variation over time and between cultures”, G. Caselli y A. D. Llopez (eds.), *Health and mortality among elderly populations*, Oxford, Clarendon Press.

Lattes, A. E. (1993), “Desarrollo, migración y transición demográfica en Argentina”, Associação Brasileira de Estudos Populacionais (ABEP), Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE), International Union for the Scientific Study of Population (IUSSP), Programa Latinoamericano de Actividades en Población (PROLAP) y Sociedad Mexicana de Demografía (SOMEDE), *La transición demográfica en América Latina y el Caribe*, Ciudad de México, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) e Instituto de Investigación Sociales de la Universidad Nacional Autónoma de México (IISUNAM).

Peláez, César y Omar Argüello (1982), “Envejecimiento de la población en América Latina”, *Notas de Población*, Año X, Santiago de Chile, Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE).

Schkolnik, Susana (1990), “El envejecimiento de la población de América Latina, 1950 – 2025”, *El proceso de envejecimiento de la población*, (LC/DEM/G.87), Santiago de Chile, Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE).

Solari, A. (1987), "El Envejecimiento de la población uruguaya, treinta años después", *Cuadernos del CLAEH, Revista Uruguay de Ciencias Sociales*, 2a. Serie, Año 12, No. 43, Montevideo, Centro Latinoamericano de Economía Humana.

United Nations (1982), *Report of the world Assembly on Aging*, (Sales No. E.82.I.16), Vienna.

----- (1999), *World Population Prospects, the 1998 Revision (ST/ESA/SER.A/177)*, New York.

Vallin, Jacques (1994), *La Demografía (LC/DEM/G.147)*, Santiago de Chile, Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE).

Cuadro 1										
América Latina y el Caribe: esperanza de vida de la población total y de la población de 60 y más años de edad (en años), según países y categoría de transición demográfica. Períodos seleccionados										
Cat. Transición/ Países	1950-1955		1970-1975		1995-2000		2020-2025		2045-2050	
	P. Total	60 y+	P. Total	60 y+	P. Total	60 y+	P. Total	60 y+	P. Total	60 y+
T. Incipiente	38.9	13.6	47.6	14.3	57.5	16.1	67.7	18.8	73.9	22.7
Bolivia	40.4	13.3	46.7	14.4	61.4	16.8	71.1	20.7	76.1	22.8
Haití	37.6	13.8	48.5	14.3	53.7	15.3	64.2	16.7	71.7	22.6
T. Moderada	46.3	14.8	56.8	16.7	67.5	19.2	73.3	21.8	77.3	23.4
Belice	57.7	16.8	67.6	19.2	74.7	21.0	78.6	21.9	80.9	23.3
El Salvador	45.3	13.8	58.2	17.0	69.1	20.5	74.5	22.7	78.0	23.6
Guatemala	42.0	14.3	53.7	16.3	64.0	17.7	71.5	21.0	76.7	23.3
Honduras	41.8	13.7	53.9	16.4	69.4	20.6	74.4	22.5	77.8	24.0
Nicaragua	42.3	13.3	55.1	16.4	67.9	19.6	73.8	22.2	76.8	23.3
Paraguay	62.6	16.8	65.9	17.1	69.9	18.3	74.3	21.0	77.8	22.9
Plena Transición	50.5	15.3	60.7	17.6	69.3	19.4	74.3	22.0	77.4	23.6
Brasil	51.0	15.4	59.6	17.7	66.8	18.4	72.4	21.5	75.8	23.2
Colombia	50.6	14.7	61.6	16.6	70.4	19.6	75.3	22.2	78.4	24.1
Costa Rica	57.3	15.8	67.9	18.3	76.0	21.3	79.0	22.6	80.9	24.7
Ecuador	48.4	14.6	58.8	17.0	69.5	20.3	73.9	22.0	77.6	23.6
Guyana	52.3	15.5	60.0	17.4	64.4	18.4	71.7	20.2	75.8	21.9
México	50.6	15.7	62.4	18.3	72.2	21.0	76.1	22.9	78.8	24.1
Panamá	55.2	15.4	66.2	18.2	73.6	20.6	76.9	21.8	79.2	23.4
Perú	43.9	14.2	55.5	15.7	68.3	19.2	74.9	22.1	77.5	23.5
Rep. Dominicana	45.9	14.3	59.8	16.6	70.6	19.6	75.9	22.2	78.8	23.9
Suriname	56.0	16.4	64.0	18.3	70.1	19.8	75.0	21.0	78.6	22.7
Venezuela	55.1	15.4	65.7	18.0	72.4	19.8	76.4	22.2	79.2	23.7
T. Avanzada	60.7	16.4	67.4	18.1	74.0	20.4	77.7	22.5	80.2	23.9
Antillas Neerlandesas	60.5	17.5	70.4	19.9	75.5	21.2	78.9	22.0	81.0	23.4
Argentina	62.5	16.4	67.1	17.6	72.9	19.9	77.2	22.5	80.0	23.9
Bahamas	59.8	17.3	66.6	19.0	73.8	20.8	78.3	21.9	80.8	23.3
Barbados	57.2	16.7	69.4	19.7	76.4	21.4	79.3	22.1	81.4	23.5
Chile	54.7	15.8	63.4	17.2	74.9	20.8	78.0	22.8	80.1	24.0
Cuba	59.3	16.0	70.7	19.1	75.7	21.4	78.4	23.2	80.2	24.3
Guadalupe	56.5	16.5	67.8	19.3	77.3	21.6	81.1	22.5	83.1	23.9
Jamaica	58.5	17.0	69.0	19.6	74.8	21.0	78.5	21.9	80.8	23.3
Martinica	56.6	16.5	69.2	19.6	78.8	22.0	81.1	22.5	83.0	23.9
Puerto Rico	64.3	18.4	72.2	20.4	73.9	20.8	77.4	21.6	80.0	23.1
Trinidad y Tabago	59.1	17.1	65.9	18.8	73.8	20.8	78.1	21.8	80.5	23.2
Uruguay	66.1	17.1	68.7	18.1	73.9	19.4	78.4	20.2	80.9	24.5
Región	51.4	15.5	60.9	17.6	69.2	19.5	74.4	22.0	77.6	23.6

Fuentes: United Nations, World Population Prospects, the 1998 Revision, New York, 1999

CELADE, estimaciones y proyecciones de población vigentes.

Nota: la esperanza de vida de los adultos mayores de los países del Caribe son estimaciones preliminares.

Cuadro 2										
América Latina y el Caribe: tasa global de fecundidad y tasa neta de reproducción.										
según países y categoría de transición demográfica. Períodos seleccionados										
Cat. Transición/ Países	1950-1955		1970-1975		1995-2000		2020-2025		2045-2050	
	TGF	TNR	TGF	TNR	TGF	TNR	TGF	TNR	TGF	TNR
T. Incipiente	6.5	1.8	6.2	2.1	4.4	1.8	2.6	1.2	2.1	1.0
Bolivia	6.8	2.0	6.5	2.2	4.4	1.8	2.5	1.1	2.1	1.0
Haití	6.3	1.7	5.8	2.0	4.4	1.7	2.7	1.2	2.1	1.0
T. Moderada	7.0	2.3	6.4	2.5	4.3	2.0	2.5	1.2	2.1	1.0
Belice	6.7	2.7	6.3	2.8	3.7	1.7	2.1	1.0	2.1	1.0
El Salvador	6.5	2.2	6.1	2.5	3.2	1.5	2.2	1.0	2.1	1.0
Guatemala	7.1	2.2	6.5	2.4	4.9	2.2	2.7	1.2	2.1	1.0
Honduras	7.5	2.3	7.1	2.7	4.3	2.0	2.4	1.1	2.1	1.0
Nicaragua	7.3	2.3	6.8	2.6	4.4	2.0	2.4	1.1	2.1	1.0
Paraguay	6.5	2.8	5.7	2.5	4.2	1.9	2.8	1.3	2.1	1.0
Plena Transición	6.5	2.4	5.4	2.3	2.6	1.2	2.1	1.0	2.1	1.0
Brasil	6.2	2.3	4.7	2.0	2.3	1.0	2.1	1.0	2.1	1.0
Colombia	6.8	2.4	5.0	2.1	2.8	1.3	2.2	1.1	2.1	1.0
Costa Rica	6.7	2.7	4.3	2.0	2.8	1.4	2.2	1.1	2.1	1.0
Ecuador	6.7	2.3	6.0	2.4	3.1	1.4	2.1	1.0	2.1	1.0
Guyana	6.7	2.8	4.9	2.2	2.3	1.0	2.1	1.0	2.1	1.0
México	6.9	2.5	6.5	2.8	2.8	1.3	2.1	1.0	2.1	1.0
Panamá	5.7	2.2	4.9	2.2	2.6	1.2	2.1	1.0	2.1	1.0
Perú	6.9	2.2	6.0	2.3	3.0	1.3	2.1	1.0	2.1	1.0
Rep. Dominicana	7.4	2.5	5.6	2.3	2.8	1.3	2.1	1.0	2.1	1.0
Suriname	6.6	2.6	5.3	2.4	2.2	1.0	1.9	0.9	1.9	0.9
Venezuela	6.5	2.6	4.9	2.2	3.0	1.4	2.1	1.0	2.1	1.0
T. Avanzada	4.0	1.6	3.4	1.5	2.4	1.1	2.1	1.0	2.1	1.0
Antillas Neerlandesas	5.7	2.3	2.7	1.2	2.2	1.0	1.9	0.9	1.9	0.9
Argentina	3.2	1.4	3.2	1.4	2.6	1.2	2.1	1.0	2.1	1.0
Bahamas	4.1	1.8	3.4	1.4	2.6	1.2	2.1	1.0	2.1	1.0
Barbados	4.7	1.9	2.7	1.3	1.5	0.7	1.8	0.9	1.9	0.9
Chile	5.0	1.9	3.6	1.6	2.4	1.2	2.1	1.0	2.1	1.0
Cuba	4.1	1.7	3.6	1.6	1.6	0.7	1.8	0.9	1.9	0.9
Guadalupe	5.6	2.3	4.5	2.1	1.9	0.9	1.9	0.9	1.9	0.9
Jamaica	4.2	1.7	5.0	2.3	2.5	1.2	2.1	1.0	2.1	1.0
Martinica	5.7	2.3	4.1	1.9	1.8	0.9	1.9	0.9	1.9	0.9
Puerto Rico	5.0	2.2	3.0	1.4	2.1	1.0	1.9	0.9	1.9	0.9
Trinidad y Tabago	5.3	2.2	3.5	1.6	1.7	0.8	1.8	0.9	1.9	0.9
Uruguay	2.7	1.2	3.0	1.4	2.4	1.1	2.1	1.0	2.1	1.0
Región	5.9	2.2	5.0	2.2	2.7	1.3	2.2	1.0	2.1	1.0

Fuentes: United Nations, World Population Prospects, the 1998 Revision, New York, 1999

CELADE, estimaciones y proyecciones de población vigentes.

Cuadro 3
América Latina y el Caribe: población de 60 a 74 y de 75 y más años de edad y edad mediana,
según países y categoría de transición demográfica. Años seleccionados
(Población en miles y edad en años)

Cat. Transición/ Países	Años														
	1950			1975			2000			2025			2050		
	60-74	75 y+	E. Med	60-74	75 y+	E. Med	60-74	75 y+	E. Med	60-74	75 y+	E. Med	60-74	75 y+	E. Med
T. Incompleta	349	70	20.9	502	107	18.9	794	191	19.4	1,688	504	25.7	3,974	1,445	33.9
Bolivia	128	24	19.2	223	41	18.4	420	93	20.0	897	278	26.3	1,987	787	34.5
Haití	221	46	22.4	278	67	19.3	374	98	18.9	792	226	25.0	1,987	658	33.2
T. Moderada	378	78	18.3	713	174	16.8	1,510	423	19.1	3,889	1,124	25.8	9,033	3,488	34.2
Belice	3	1	20.8	7	2	16.1	11	4	19.6	27	8	29.2	69	30	37.8
El Salvador	75	18	18.3	163	32	17.0	345	106	21.8	694	260	29.2	1,550	699	36.6
Guatemala	107	20	17.7	215	51	17.0	482	121	17.8	1,041	320	24.0	2,888	989	33.0
Honduras	46	8	17.2	104	21	15.9	261	74	18.8	701	216	26.7	1,737	688	35.2
Nicaragua	39	7	17.6	82	17	16.0	185	52	18.1	521	151	25.4	1,343	500	34.3
Paraguay	108	25	20.9	141	50	17.8	227	66	19.8	706	170	25.8	1,445	561	33.4
Plena Transición	5,319	1,097	19.1	10,781	2,929	18.3	22,108	6,561	24.4	58,348	17,810	32.8	92,807	47,727	38.2
Brasil	2,207	420	19.2	5,214	1,327	19.4	10,526	2,880	25.7	25,993	7,991	34.0	39,918	20,311	37.9
Colombia	529	141	18.7	1,158	263	17.9	2,157	744	24.0	6,275	1,776	31.2	10,108	5,332	37.3
Costa Rica	39	11	18.3	82	20	18.2	229	70	24.2	655	210	31.6	1,061	543	37.5
Ecuador	226	50	20.6	330	82	17.9	666	210	22.9	1,700	535	31.4	3,168	1,475	37.9
Guyana	23	6	18.8	32	8	17.4	43	11	25.9	124	27	34.2	177	93	38.5
México	1,617	346	19.1	2,455	887	16.6	5,137	1,707	23.3	13,041	4,521	32.5	23,060	12,654	39.5
Panamá	46	10	20.2	87	25	18.4	172	59	25.2	437	143	33.7	673	362	39.7
Perú	365	69	19.1	700	143	18.2	1,450	406	23.1	3,360	1,119	31.7	6,462	2,995	38.1
Rep. Dominicana	103	19	17.7	194	45	17.1	457	117	23.9	1,220	366	32.5	1,956	1,036	39.3
Suriname	13	5	20.1	17	4	16.0	26	7	24.0	53	13	34.2	104	46	40.8
Venezuela	152	22	18.3	513	114	18.1	1,245	349	23.1	3,490	1,109	31.0	6,120	2,879	37.5
T. Avanzada	2,146	480	24.1	4,524	1,203	24.6	8,929	2,748	26.9	11,971	5,182	35.4	16,214	9,736	39.7
Antillas N.	7	2	23.3	12	3	22.3	18	6	31.8	43	17	37.9	44	28	42.0
Argentina	1,016	191	25.7	2,371	600	27.3	3,560	1,376	27.8	5,383	2,464	33.6	8,412	4,321	38.5
Bahamas	4	1	20.7	9	2	19.3	18	6	26.4	51	17	33.1	68	44	38.7
Barbados	13	5	24.6	26	7	23.7	23	14	32.5	54	18	42.7	54	43	46.3
Chile	345	72	22.2	633	182	21.2	1,148	402	28.3	2,604	953	34.3	3,232	1,997	38.4
Cuba	340	87	23.3	732	187	22.7	1,086	445	32.9	2,039	910	43.3	1,932	1,761	46.1
Guadalupe	11	3	20.9	22	7	18.5	37	17	30.0	83	36	39.1	102	83	43.9
Jamaica	69	12	22.2	134	37	17.0	160	81	25.0	367	118	33.7	593	346	39.7
Martinica	14	3	21.9	24	7	19.0	40	20	32.3	73	34	40.8	77	68	44.8
Puerto Rico	105	31	18.4	210	62	22.6	369	176	30.4	595	307	36.8	765	500	41.7
Trinidad y Tabago	31	8	20.7	61	16	20.0	90	35	27.7	218	73	39.1	321	163	43.8
Uruguay	197	67	27.8	303	97	30.0	398	174	31.4	504	263	35.4	659	412	39.2
Región	8,192	1,726	20.1	16,519	4,412	19.1	31,341	9,923	24.5	73,689	24,629	32.2	122,027	62,377	37.8

Fuentes: United Nations, World Population Prospects, the 1998 Revision, New York, 1999
 CELADE, estimaciones y proyecciones de población vigentes.

Cuadro 4
América Latina y el Caribe: distribución relativa de la población, según grandes grupos de edades, países
y categoría de transición demográfica. Años seleccionados

Cat. Transición/ Países	1950				1975				2000				2025				2050			
	< 15	15-59	60-74	75 y+	< 15	15-59	60-74	75 y+	< 15	15-59	60-74	75 y+	< 15	15-59	60-74	75 y+	< 15	15-59	60-74	75 y+
T. Incipiente	38.9	54.1	6.6	1.2	42.1	51.7	6.2	1.1	38.9	54.2	4.8	1.1	28.7	61.8	6.8	2.0	21.9	61.8	11.9	4.3
Bolivia	41.4	53.0	4.7	0.9	43.0	51.4	4.7	0.9	38.6	54.2	5.0	1.1	29.2	61.9	6.8	2.1	21.8	61.8	11.7	4.6
Haití	36.8	55.0	6.5	1.4	41.1	51.9	5.7	1.4	40.2	54.2	4.5	1.2	30.2	61.8	6.3	1.8	22.1	61.7	12.2	4.0
T. Moderada	49.2	51.7	4.2	0.9	46.0	49.2	3.8	0.9	41.0	53.5	4.3	1.2	29.8	61.9	8.7	1.9	22.0	61.9	11.7	4.9
Bélico	38.6	53.5	3.0	0.9	47.1	46.1	5.3	1.5	39.7	54.2	4.4	1.7	24.8	65.9	7.3	2.1	19.9	59.3	14.4	8.3
El Salvador	43.1	52.2	3.6	0.9	45.6	49.7	4.0	0.8	35.6	57.2	5.5	1.7	25.7	63.8	7.7	2.8	20.8	59.2	13.8	6.2
Guatemala	44.1	51.6	3.6	0.7	45.7	49.9	3.8	0.9	43.6	51.1	4.2	1.1	32.0	61.1	6.3	1.8	22.7	63.0	10.6	3.6
Honduras	45.1	51.0	3.3	0.6	48.0	47.9	3.5	0.7	41.6	53.2	4.0	1.1	28.5	62.9	6.6	2.0	21.4	61.1	12.5	4.9
Nicaragua	44.6	51.3	3.5	0.6	47.9	46.1	3.3	0.7	42.7	52.8	3.8	1.0	28.9	62.4	6.0	1.7	22.0	62.1	11.6	4.3
Paraguay	39.0	52.1	7.2	1.7	43.6	49.2	5.3	1.8	38.5	55.1	4.1	1.2	30.6	60.1	7.5	1.8	22.2	61.9	11.5	4.5
T. Plena	41.2	52.5	4.6	1.0	42.8	51.9	4.5	1.2	31.2	61.4	5.7	1.7	23.0	62.7	10.8	3.4	16.7	56.9	15.1	8.0
Brasil	41.6	53.6	4.1	0.8	40.3	53.7	4.8	1.2	28.8	63.4	6.2	1.7	22.2	62.4	11.8	3.6	19.7	56.2	16.0	8.1
Colombia	42.7	51.7	4.4	1.2	43.4	51.0	4.6	1.0	32.7	60.4	5.1	1.8	24.4	62.1	10.6	3.0	20.3	58.1	14.1	7.5
Costa Rica	43.3	51.0	4.5	1.2	42.2	52.6	4.2	1.0	32.4	60.2	5.7	1.8	24.3	61.1	11.0	3.5	20.2	57.5	14.7	7.5
Ecuador	39.5	52.4	6.7	1.5	43.8	50.1	4.8	1.3	33.8	59.2	5.3	1.7	23.7	63.8	9.6	3.0	20.0	58.1	15.0	7.0
Guyana	41.1	52.3	5.3	1.3	44.1	50.4	4.4	1.1	29.8	63.9	5.0	1.3	22.1	63.4	11.8	2.6	19.5	57.3	15.1	8.0
México	42.0	50.9	5.8	1.2	46.5	47.8	4.2	1.5	33.1	59.9	5.2	1.7	23.2	63.3	10.0	3.5	19.9	56.4	15.7	6.6
Panamá	40.2	53.3	5.3	1.1	42.9	50.8	5.0	1.5	31.3	60.8	6.0	2.1	22.3	62.3	11.8	3.6	19.5	56.8	15.4	8.3
Parú	41.6	52.6	4.8	0.9	43.2	51.2	4.6	0.9	33.4	59.4	5.7	1.6	23.6	63.8	9.6	3.2	19.8	57.8	15.3	7.1
Rep. Dominicana	44.5	50.3	4.4	0.8	46.3	49.9	3.8	0.9	33.0	60.2	5.4	1.4	23.3	62.4	10.9	3.3	19.8	57.4	14.9	7.8
Suriname	40.0	51.6	6.0	2.3	47.6	46.5	4.6	1.2	30.5	61.4	6.3	1.8	21.8	65.8	10.0	2.5	17.7	58.7	17.7	7.9
Venezuela	43.5	53.1	3.0	0.4	43.3	51.6	4.0	0.5	34.0	59.4	5.2	1.4	24.2	62.5	10.0	3.2	20.2	58.4	14.5	6.8
T. Avanzada	53.2	39.2	5.8	1.0	53.1	36.9	6.1	2.2	28.6	60.7	9.1	2.6	21.2	60.5	12.8	5.0	19.0	56.0	15.6	9.4
Antillas N.	35.2	56.0	6.5	2.2	32.9	58.6	6.9	1.6	24.9	63.7	8.5	2.6	19.3	57.5	16.8	6.4	17.1	53.9	16.4	10.6
Argentina	30.6	62.4	5.9	1.1	29.2	59.4	9.1	2.3	27.7	59.0	9.6	3.7	22.3	61.1	11.4	5.2	19.7	58.9	15.4	7.9
Bahamas	39.2	54.1	5.2	1.4	41.2	52.9	4.7	1.2	30.4	61.7	5.9	2.0	22.2	61.4	12.4	4.0	19.5	57.3	14.1	8.1
Barbados	33.2	59.3	9.3	2.2	31.6	65.1	10.6	2.9	21.0	65.3	8.9	5.3	18.2	59.5	18.0	6.0	15.5	50.6	18.7	15.0
Chile	36.7	56.4	5.7	1.2	36.6	55.3	6.1	1.8	28.5	61.4	7.5	2.6	22.2	59.6	13.3	4.9	18.8	56.7	14.5	8.0
Cuba	35.8	56.9	5.8	1.5	37.3	52.8	7.9	2.0	21.2	65.1	9.7	4.0	18.0	59.0	17.3	7.7	15.5	51.2	17.4	15.9
Guadalupe	39.5	53.8	5.2	1.4	42.0	48.3	6.6	2.1	23.9	64.1	8.2	3.8	18.7	60.4	14.8	6.2	16.5	52.9	18.9	13.8
Jamaica	36.0	58.2	4.9	0.9	45.2	48.3	6.7	1.8	31.0	59.6	6.2	3.1	22.1	63.0	11.3	3.8	18.0	56.3	15.8	9.1
Marínica	37.4	55.0	6.2	1.5	40.3	50.4	7.2	2.2	22.5	62.5	10.1	5.0	17.8	66.5	16.1	7.6	16.1	62.1	18.8	15.0
Puerto Rico	43.2	50.7	4.7	1.4	33.8	57.1	7.2	2.1	24.3	61.8	9.6	4.5	19.6	60.2	13.3	6.9	17.3	53.9	18.2	10.6
Trinidad y Tabago	40.4	53.5	4.9	1.3	38.0	54.3	6.1	1.6	25.0	65.4	6.9	2.7	18.5	62.0	14.8	4.9	16.4	52.2	20.8	10.5
Uruguay	27.9	60.3	8.8	3.0	27.7	58.2	10.7	3.4	24.8	58.1	11.8	5.2	21.2	59.2	12.9	8.7	19.3	56.1	15.1	9.4
Región	40.0	54.0	4.9	1.0	41.3	52.2	5.1	1.4	31.5	60.5	6.0	1.9	23.6	62.3	10.9	3.5	20.0	57.4	15.0	7.7

Fuentes: United Nations, World Population Prospects, the 1998 Revision, New York, 1999
 CELADE, estimaciones y proyecciones de población vigentes.

Cuadro 5
América Latina y el Caribe: tasa de crecimiento de la población, según países y categoría de transición demográfica
Grandes grupos de edades y períodos seleccionados

Cat. Transición/ Países	1950 - 1975					1975 - 2000					2000 - 2025					2025 - 2050				
	< 15	15-59	60-74	75 y+	Total	< 15	15-59	60-74	75 y+	Total	< 15	15-59	60-74	75 y+	Total	< 15	15-59	60-74	75 y+	Total
T. Incipiente	2.2	1.7	1.4	1.7	1.9	2.0	2.4	1.8	2.3	2.2	0.5	2.2	3.0	3.9	1.7	-0.2	1.0	3.4	4.2	1.0
Bolivia	2.4	2.1	2.2	2.1	2.2	1.9	2.5	2.5	3.3	2.2	0.6	2.4	3.0	4.4	1.8	-0.1	1.0	3.2	4.2	1.0
Haití	2.1	1.4	0.9	1.5	1.6	2.0	2.3	1.2	1.6	2.1	0.5	2.1	3.0	3.3	1.6	-0.2	1.1	3.7	4.3	1.1
T. Moderada	3.1	2.7	2.5	3.2	2.9	2.1	2.9	3.0	3.8	2.6	0.7	2.5	3.6	3.9	2.0	-0.1	1.1	3.6	4.5	1.1
Belice	3.5	1.9	2.9	4.5	2.7	1.7	3.0	1.6	2.9	2.4	-0.2	2.5	3.8	2.4	1.7	0.1	0.6	3.7	5.5	1.0
El Salvador	3.2	2.8	3.1	2.3	3.0	0.7	2.2	3.0	4.8	1.7	0.2	1.9	2.8	3.6	1.5	0.0	0.6	3.2	4.0	0.9
Guatemala	3.0	2.7	2.8	3.9	2.8	2.4	2.6	3.2	3.4	2.6	1.0	2.9	3.1	3.9	2.2	-0.1	1.4	4.1	4.5	1.3
Honduras	3.4	2.9	3.3	3.8	3.1	2.5	3.5	3.7	5.0	3.1	0.5	2.7	4.0	4.3	2.0	-0.1	1.0	3.6	4.6	1.1
Nicaragua	3.6	3.0	3.0	3.7	3.3	2.4	3.2	3.2	4.6	2.8	0.7	2.8	4.1	4.3	2.2	-0.1	1.1	3.8	4.8	1.2
Paraguay	2.8	2.1	1.1	2.7	2.3	2.5	3.4	1.9	1.1	2.9	1.1	2.5	4.5	3.8	2.1	-0.1	1.3	2.9	4.8	1.2
Plena Transición	3.0	2.8	2.8	3.9	2.9	0.7	2.7	2.9	3.2	2.0	-0.1	1.2	3.7	4.0	1.1	0.0	0.2	2.0	3.9	0.6
Brasil	2.7	2.8	3.4	4.6	2.8	0.5	2.5	2.8	3.1	1.8	0.0	1.0	3.6	4.1	1.0	0.0	0.1	1.7	3.7	0.5
Colombia	3.1	3.0	3.1	2.5	3.0	0.9	2.7	2.5	4.2	2.0	0.2	1.5	4.3	3.5	1.4	0.0	0.5	1.9	4.4	0.7
Costa Rica	3.2	3.4	3.0	2.6	3.3	1.8	3.4	4.1	5.0	2.9	0.4	1.6	4.2	4.4	1.6	0.0	0.5	1.9	3.8	0.8
Ecuador	3.3	2.7	1.5	2.5	2.9	1.4	3.1	2.8	3.3	2.4	-0.1	1.7	3.7	3.7	1.4	0.0	0.3	2.5	4.1	0.7
Guyana	2.5	2.1	1.4	1.5	2.2	-0.9	1.6	1.1	1.3	0.6	-0.4	0.7	4.3	3.4	0.8	-0.1	0.0	1.4	5.0	0.4
México	3.4	2.8	1.7	3.8	3.0	0.7	3.0	3.0	2.6	2.1	-0.3	1.3	3.7	3.9	1.1	-0.3	0.0	2.3	4.1	0.5
Panamá	3.0	2.6	2.5	3.8	2.8	0.8	2.7	2.8	3.4	2.0	-0.2	1.2	3.7	3.5	1.1	0.0	0.2	1.7	3.7	0.6
Perú	2.9	2.6	2.6	2.9	2.7	1.1	2.7	2.9	4.2	2.1	-0.1	1.6	3.4	4.1	1.3	0.0	0.3	2.6	3.9	0.7
Rep. Dominicana	3.1	3.0	2.5	3.4	3.1	0.8	2.8	3.4	3.9	2.1	-0.3	1.2	3.9	4.6	1.1	0.0	0.3	1.9	4.2	0.7
Suriname	2.8	1.7	1.0	-0.6	2.1	-1.2	1.8	1.8	2.2	0.5	-0.4	1.2	2.8	2.3	0.9	-0.4	-0.1	2.7	5.1	0.5
Venezuela	3.7	3.6	4.8	6.6	3.7	1.6	3.1	3.5	4.5	2.6	0.1	1.7	4.1	4.6	1.5	0.0	0.5	2.2	3.8	0.8
T. Avanzada	1.8	1.6	3.0	3.7	1.7	0.4	1.5	1.7	3.3	1.3	-0.1	0.8	2.1	2.6	0.8	0.0	0.1	1.4	2.5	0.4
Aníllas N.	1.3	1.8	1.8	0.3	1.6	0.0	1.4	1.9	3.3	1.1	-0.3	0.3	3.4	4.0	0.7	-0.3	0.0	0.0	2.1	0.1
Argentina	1.5	1.5	3.4	4.6	1.7	1.2	1.4	1.6	3.3	1.4	0.1	1.1	1.7	2.3	1.0	0.1	0.3	1.8	2.2	0.6
Bahamas	3.7	3.4	3.0	2.9	3.5	0.7	2.6	2.9	4.0	1.9	0.0	1.2	4.2	3.9	1.2	0.1	0.4	1.1	3.9	0.6
Barbados	0.4	0.4	2.6	1.5	0.6	-1.2	1.1	-0.5	3.0	0.4	-0.7	0.0	3.5	0.8	0.4	-0.3	-0.8	0.0	3.6	-0.1
Chile	2.1	2.0	2.4	3.7	2.1	0.5	2.0	2.4	3.2	1.5	0.0	0.9	3.3	3.5	1.0	0.1	0.3	0.9	3.0	0.5
Cuba	2.0	1.6	3.1	3.1	1.9	-1.5	1.6	1.6	3.5	0.7	-0.9	-0.2	2.5	2.9	0.2	-0.4	-0.8	-0.2	2.6	-0.2
Guadalupe	2.0	1.4	2.7	3.3	1.8	-0.9	2.4	2.2	3.7	1.3	-0.1	0.7	3.2	2.9	0.9	-0.3	-0.3	0.8	3.4	0.2
Jamaica	2.4	0.5	2.7	4.4	1.4	-0.5	2.0	0.7	3.2	1.0	-0.4	1.1	3.3	1.5	0.9	0.0	0.2	1.9	4.3	0.8
Martinica	1.9	1.2	2.2	3.1	1.6	-1.6	1.6	2.1	4.0	0.7	-0.4	0.3	2.4	2.2	0.5	-0.3	-0.4	0.2	2.8	0.1
Puerto Rico	0.1	1.6	2.8	2.8	1.1	-0.2	1.4	2.3	4.2	1.1	-0.3	0.5	1.9	2.2	0.6	-0.3	-0.1	1.0	1.9	0.2
Trinidad y Tabago	1.6	1.9	2.7	2.7	1.9	-0.7	1.7	1.5	3.2	1.0	-0.6	0.4	3.8	2.9	0.6	-0.3	-0.6	1.5	3.2	0.1
Uruguay	0.9	0.8	1.7	1.5	0.9	0.2	0.7	1.1	2.4	0.7	0.0	0.7	0.9	1.6	0.6	0.1	0.2	1.1	1.8	0.4
Región	2.6	2.5	2.8	3.8	2.6	0.8	2.5	2.8	3.2	1.9	0.0	1.3	3.4	3.6	1.2	-0.1	0.3	2.0	3.7	0.6

Fuentes: United Nations, World Population Prospects, the 1998 Revision, New York, 1999
 CELADE, estimaciones y proyecciones de población vigentes.

Cuadro 6															
América Latina y el Caribe: índices de envejecimiento y de dependencia demográfica, según países y categoría de transición demográfica. Años seleccionados															
Cat. Transición/ Países	1950			1975			2000			2025			2050		
	IE	IDE	IDT	IE	IDE	IDT	IE	IDE	IDT	IE	IDE	IDT	IE	IDE	IDT
T. Incipiente	16.1	13.0	85.0	15.0	12.2	93.8	14.8	10.9	84.5	28.8	13.8	61.9	74.2	28.3	61.9
Bolivia	13.6	10.6	88.7	12.9	10.8	94.5	15.5	11.4	84.4	30.7	14.5	61.6	74.9	28.4	61.7
Haití	22.3	14.9	81.9	17.1	13.5	82.7	14.1	10.4	84.6	28.9	13.2	62.3	73.4	28.3	62.0
T. Moderada	11.8	9.9	93.3	10.4	9.8	103.4	13.5	10.3	87.1	27.9	13.4	81.5	73.9	28.3	61.8
Belice	15.5	10.8	80.3	14.5	14.8	117.0	15.4	11.3	84.6	37.8	14.2	51.8	104.0	34.9	68.5
El Salvador	11.1	9.1	91.7	10.4	9.5	101.4	20.2	12.6	74.8	41.0	16.5	58.7	96.4	33.8	68.8
Guatemala	8.7	8.3	93.6	9.7	8.9	100.3	12.1	10.4	95.7	21.5	11.2	63.6	62.9	22.6	58.6
Honduras	8.7	7.7	96.2	8.7	8.7	109.0	12.4	9.7	88.0	30.2	13.7	58.9	81.3	28.5	63.5
Nicaragua	9.3	8.0	94.9	8.3	8.2	107.8	10.9	8.9	90.1	25.9	12.4	60.2	72.2	25.6	61.1
Paraguay	22.9	17.1	91.9	16.5	14.6	103.2	13.5	9.6	81.3	30.8	15.6	68.5	72.1	25.8	61.6
Plena transición	13.4	10.7	90.1	13.6	11.3	84.9	23.8	12.0	62.8	62.0	22.7	59.4	118.9	41.2	76.9
Brasil	11.7	9.1	88.7	15.0	11.3	86.4	27.3	12.4	57.8	69.4	24.7	60.3	122.1	42.9	78.0
Colombia	13.1	10.8	93.4	12.9	11.0	96.0	20.9	11.3	65.5	55.2	21.7	60.9	106.4	37.1	72.0
Costa Rica	13.2	11.2	96.3	12.4	9.9	90.2	23.0	12.4	66.2	59.8	23.9	63.7	110.5	38.8	73.8
Ecuador	20.6	15.5	91.0	14.0	12.2	99.7	20.5	11.7	68.8	53.1	19.7	58.8	109.7	37.7	72.1
Guyana	16.2	12.8	91.4	12.5	10.9	98.5	21.0	9.8	56.5	65.4	22.8	57.8	118.4	40.3	74.4
México	16.9	13.9	96.3	12.2	11.8	109.0	20.9	11.5	66.9	58.2	21.3	57.9	126.2	43.2	77.5
Panamá	16.1	12.2	87.8	15.2	12.8	97.5	25.9	13.4	65.0	68.8	24.6	60.5	121.5	41.8	76.2
Perú	13.7	10.8	89.5	12.9	10.9	95.3	21.7	12.2	68.4	53.4	19.8	56.8	112.9	38.7	72.9
Rep. Dominicana	11.6	10.3	98.8	10.4	9.5	100.3	20.4	11.2	68.1	60.9	22.8	60.1	114.8	39.7	74.2
Suriname	20.9	16.2	93.7	12.2	12.5	114.8	26.6	13.2	62.8	57.3	19.1	52.4	144.5	45.2	76.5
Venezuela	7.9	6.4	88.2	11.4	9.5	93.1	19.4	11.1	68.4	54.6	21.2	59.9	105.5	36.6	71.2
T. Avanzada	21.9	12.9	68.4	32.1	16.3	75.3	48.8	21.5	65.0	87.3	30.6	65.7	130.3	44.3	78.3
Anitllas N.	24.9	15.6	78.4	26.0	14.8	70.7	45.4	17.8	58.9	120.5	40.3	73.8	157.4	48.3	78.9
Argentina	23.1	11.3	60.2	39.0	19.2	68.4	48.1	22.6	69.6	74.6	27.2	63.7	118.5	41.0	75.7
Bahamas	16.9	12.3	84.8	14.2	11.1	89.0	26.0	12.8	62.0	73.6	28.7	62.9	118.5	40.4	74.4
Barbados	25.7	14.6	71.5	42.0	24.1	81.4	65.0	20.9	53.1	150.0	40.8	68.1	217.1	66.4	87.0
Chile	18.7	12.1	77.2	21.4	14.2	80.9	35.8	16.6	63.0	82.2	30.5	67.7	119.1	41.5	76.3
Cuba	20.4	12.8	75.8	26.5	18.7	89.5	64.4	21.0	53.6	156.0	42.4	69.5	214.1	65.0	95.4
Guadalupe	16.9	12.4	85.8	20.7	17.7	102.8	50.3	18.7	55.9	111.0	34.4	65.4	186.4	58.0	89.1
Jamaica	18.1	10.0	71.9	18.8	18.4	118.1	30.1	15.6	67.7	67.5	23.7	58.8	129.8	43.9	77.7
Martinica	20.5	13.9	82.0	23.2	18.5	98.5	66.8	24.1	60.1	133.3	40.5	70.9	197.3	61.1	92.0
Puerto Rico	14.2	12.1	97.3	27.5	16.2	75.0	58.0	22.9	62.4	102.6	33.5	66.1	155.3	48.1	79.0
Trinidad y Tabago	15.2	11.5	87.1	20.0	14.0	84.1	38.8	14.8	53.0	105.6	31.4	61.2	190.7	60.0	81.5
Unguay	42.3	19.5	65.8	51.0	24.3	71.9	69.2	29.5	72.2	92.7	33.2	68.9	127.0	43.7	78.2
Región	15.0	11.1	85.1	15.6	12.5	91.5	25.3	13.1	65.2	59.9	22.6	60.4	113.3	38.4	74.2

Fuentes: United Nations, World Population Prospects, the 1998 Revision, New York, 1999

CELADE, estimaciones y proyecciones de población vigentes.

Nota:

IE: $\{[(60+y)/(<15)]\} * 100$

IDE: $\{[(60+y)/(<15-59)]\} * 100$

IDT: $\{[(60+y) < 15y/(15-59)]\} * 100$

Cuadro 7										
América Latina y el Caribe: distribución relativa de la población adulta mayor entre dos grupos de edades, según países y categoría de transición demográfica. Años seleccionados										
Cat. Transición/ Países	1950		1975		2000		2025		2050	
	60 - 74	75 y +	60 - 74	75 y +	60 - 74	75 y +	60 - 74	75 y +	60 - 74	75 y +
T. Incipiente	83.2	16.8	82.4	17.6	80.6	19.4	77.0	23.0	73.3	26.7
Bolivia	84.1	15.9	84.6	15.4	81.9	18.1	76.3	23.7	71.6	28.4
Haití	82.7	17.3	80.6	19.4	79.2	20.8	77.8	22.2	75.1	24.9
T. Moderada	82.8	17.2	80.4	19.6	78.1	21.9	76.7	23.3	72.3	27.7
Belice	84.2	15.8	77.9	22.1	71.5	28.5	77.8	22.2	69.4	30.6
El Salvador	80.6	19.4	83.6	16.4	76.5	23.5	72.7	27.3	68.9	31.1
Guatemala	84.6	15.4	80.7	19.3	80.0	20.0	76.5	23.5	74.5	25.5
Honduras	84.9	15.1	83.0	17.0	77.8	22.2	76.5	23.5	71.6	28.4
Nicaragua	85.4	14.6	83.1	16.9	78.0	22.0	77.5	22.5	72.9	27.1
Paraguay	80.9	19.1	73.9	26.1	77.6	22.4	80.6	19.4	72.0	28.0
Plena transición	82.9	17.1	78.6	21.4	77.0	23.0	76.0	24.0	66.0	34.0
Brasil	84.0	16.0	79.7	20.3	78.5	21.5	76.5	23.5	66.3	33.7
Colombia	78.9	21.1	81.5	18.5	74.4	25.6	77.9	22.1	65.5	34.5
Costa Rica	78.4	21.6	80.2	19.8	76.5	23.5	75.7	24.3	66.1	33.9
Ecuador	82.0	18.0	78.1	21.9	76.1	23.9	76.1	23.9	68.2	31.8
Guyana	80.1	19.9	79.6	20.4	78.9	21.1	82.3	17.7	65.5	34.5
México	82.4	17.6	73.5	26.5	75.1	24.9	74.3	25.7	64.6	35.4
Panamá	82.4	17.6	77.3	22.7	74.5	25.5	75.4	24.6	65.0	35.0
Perú	84.1	15.9	83.0	17.0	78.1	21.9	75.0	25.0	68.3	31.7
Rep. Dominicana	84.4	15.6	81.3	18.7	79.5	20.5	76.9	23.1	65.4	34.6
Suriname	72.2	27.8	79.8	20.2	78.2	21.8	80.0	20.0	69.2	30.8
Venezuela	87.5	12.5	81.8	18.2	78.1	21.9	75.9	24.1	68.0	32.0
T. Avanzada	81.7	18.3	79.0	21.0	77.7	22.3	69.5	30.5	62.4	37.6
Anitllas N.	74.6	25.4	81.1	18.9	74.9	25.1	72.3	27.7	60.7	39.3
Argentina	84.2	15.8	79.8	20.2	72.1	27.9	68.6	31.4	66.1	33.9
Bahamas	78.9	21.1	79.6	20.4	74.4	25.6	75.7	24.3	60.8	39.2
Barbados	74.2	25.8	79.2	20.8	61.1	38.9	75.5	24.5	55.6	44.4
Chile	82.8	17.2	77.7	22.3	74.1	25.9	73.2	26.8	61.8	38.2
Cuba	79.7	20.3	79.7	20.3	70.9	29.1	69.1	30.9	52.3	47.7
Guadalupe	78.6	21.4	76.2	23.8	68.3	31.7	70.0	30.0	55.1	44.9
Jamaica	85.0	15.0	78.6	21.4	66.3	33.7	75.7	24.3	63.2	36.8
Martinica	80.6	19.4	76.5	23.5	67.0	33.0	68.0	32.0	52.9	47.1
Puerto Rico	77.3	22.7	77.4	22.6	67.7	32.3	66.0	34.0	60.5	39.5
Trinidad y Tabago	79.5	20.5	79.6	20.4	71.8	28.2	74.9	25.1	66.4	33.6
Uruguay	74.7	25.3	75.8	24.2	69.5	30.5	65.7	34.3	61.5	38.5
Región	82.6	17.4	78.9	21.1	76.0	24.0	74.9	25.1	66.2	33.8

Fuentes: United Nations, World Population Prospects, the 1998 Revision, New York, 1999
 CELADE, estimaciones y proyecciones de población vigentes.

Cuadro 8															
América Latina y el Caribe: índice de masculinidad de la población adulta mayor, según países, categoría de transición demográfica y grupos de edades. Años seleccionados															
Cat. Transición/ Países	1950			1975			2000			2025			2050		
	60-74	75 y +	60 y +	60-74	75 y +	60 y +	60-74	75 y +	60 y +	60-74	75 y +	60 y +	60-74	75 y +	60 y +
T. Incipiente	85.4	76.0	83.8	86.7	79.6	85.4	85.3	76.6	83.6	85.1	71.8	81.9	91.6	72.0	86.0
Bolivia	88.6	79.6	87.1	87.8	75.7	85.9	85.4	74.2	83.3	86.8	71.5	82.9	92.4	72.2	86.2
Haití	83.6	74.2	81.9	85.8	81.9	85.1	85.2	79.0	83.9	83.2	72.2	80.7	90.9	71.8	85.8
T. Moderada	91.2	74.6	88.2	88.6	77.6	86.4	89.9	74.6	86.3	87.0	73.0	89.6	90.9	70.5	84.8
Belice	92.9	89.0	92.3	92.2	85.5	90.7	99.9	85.3	95.5	97.4	81.2	93.6	97.3	79.3	91.4
El Salvador	92.2	81.0	89.9	88.6	78.3	86.8	85.3	66.6	80.5	76.7	65.6	73.6	88.6	63.7	80.1
Guatemala	97.4	89.4	96.1	97.3	89.8	95.6	96.1	87.5	94.3	86.3	75.3	83.6	89.5	69.6	84.0
Honduras	86.7	75.7	85.0	90.0	75.9	87.4	91.8	78.3	88.6	91.8	75.8	87.8	93.8	75.9	88.4
Nicaragua	85.8	72.3	83.7	83.7	67.9	80.8	88.3	71.5	84.3	87.0	74.1	84.0	89.7	68.4	83.4
Paraguay	88.6	60.9	82.6	78.5	69.7	76.1	83.2	64.4	78.7	94.2	76.0	90.4	93.6	76.3	88.4
T. Plena	85.3	75.9	83.8	90.9	78.1	88.0	88.3	72.4	82.9	83.9	67.1	79.6	87.4	65.6	79.4
Brasil	82.4	74.7	81.2	92.5	79.3	89.7	83.5	69.5	80.3	81.7	62.2	76.7	84.8	60.4	75.8
Colombia	82.4	71.1	79.8	87.6	69.3	83.9	85.0	71.2	81.3	83.1	65.4	78.9	91.1	69.9	83.2
Costa Rica	91.1	79.1	88.3	93.0	81.7	90.7	94.4	77.6	90.2	94.4	76.8	89.8	96.2	75.9	88.9
Ecuador	84.9	70.9	82.2	91.8	78.9	88.8	92.1	76.6	88.1	91.0	73.1	86.4	91.9	72.5	85.3
Guyana	82.3	64.7	78.5	96.4	66.5	89.4	83.3	72.1	80.8	82.5	63.0	78.7	88.9	65.3	80.0
México	86.8	79.1	85.4	87.0	78.7	84.7	88.2	74.6	84.6	84.1	72.0	80.9	86.7	68.2	79.7
Panamá	98.4	88.0	96.5	107.2	92.6	103.7	99.4	85.7	95.8	91.0	76.9	87.3	93.0	73.6	85.7
Perú	89.9	75.9	87.5	89.8	77.4	87.6	90.6	76.1	87.2	84.5	72.0	81.2	90.2	68.5	82.7
Rep. Dominicana	101.1	92.6	99.7	107.2	83.8	102.4	99.3	90.0	97.3	99.2	83.1	95.2	96.7	79.2	90.3
Suriname	116.7	66.6	100.0	98.4	92.2	97.1	80.3	76.3	79.4	83.8	57.3	77.8	93.1	65.8	83.7
Venezuela	95.7	85.3	94.3	92.4	77.5	89.5	90.0	72.8	86.0	90.0	72.5	85.4	91.5	70.9	84.4
T. Avanzada	106.2	80.8	100.3	91.3	77.5	88.2	83.2	63.9	77.3	85.4	62.7	77.9	90.5	68.0	80.5
Anillas N.	52.2	38.9	48.6	94.8	50.9	84.6	81.8	59.5	75.7	79.6	54.5	71.9	93.7	59.6	78.7
Argentina	108.5	78.2	103.0	88.7	73.9	85.5	81.1	57.8	73.9	83.0	58.2	74.4	88.7	62.4	78.9
Bahamas	75.5	65.7	73.3	76.8	57.8	72.6	80.6	65.3	76.4	80.8	58.5	74.8	90.8	60.3	77.6
Barbados	40.5	32.9	38.5	96.2	46.2	83.2	69.5	50.9	61.7	91.8	56.3	81.7	95.0	68.1	82.1
Chile	88.3	70.9	85.1	80.7	67.1	77.5	82.3	59.6	75.8	88.9	65.1	81.9	91.3	67.0	81.3
Cuba	139.8	114.1	134.1	111.8	120.6	113.5	93.9	87.9	92.1	91.7	76.4	86.7	95.9	76.2	86.0
Guadalupe	57.1	50.0	55.6	84.7	58.1	77.6	82.2	63.2	75.7	85.7	62.6	78.1	92.9	67.2	80.4
Jamaica	75.0	58.4	72.3	91.3	68.1	85.8	90.7	77.4	86.0	85.0	71.1	81.4	97.3	69.6	86.1
Martinica	89.1	73.6	70.0	83.6	53.2	75.4	81.5	62.4	74.7	83.7	59.1	75.1	93.0	65.3	78.9
Puerto Rico	105.1	79.1	98.5	96.3	79.8	92.3	79.8	72.6	77.4	73.5	58.0	67.9	87.3	59.8	75.4
Trinidad y Tabago	93.8	60.0	85.7	92.5	63.3	85.7	87.9	75.9	84.4	88.9	66.2	82.6	92.8	65.4	82.6
Uruguay	98.0	78.4	92.6	88.6	64.6	82.2	78.8	56.8	71.5	82.6	57.0	72.9	91.2	64.2	79.9
Región	80.4	77.2	87.9	90.8	77.9	87.9	85.6	70.1	81.8	84.3	66.5	79.5	88.2	66.1	80.1

Fuentes: United Nations, World Population Prospects, the 1998 Revision, New York, 1999
 CELADE, estimaciones y proyecciones de población vigentes.

Cuadro 9												
América Latina: porcentaje urbano de la población adulta mayor e índice de masculinidad, según países, categoría de transición demográfica y grupos de edades. Años seleccionados												
Cat. Transición/ Países	Años											
	1975				2000				2025			
	PU(60-74)	PU(75 y+)	IM(60-74)	IM(75 y+)	PU(60-74)	PU(75 y+)	IM(60-74)	IM(75 y+)	PU(60-74)	PU(75 y+)	IM(60-74)	IM(75 y+)
T. Incipiente	25.3	25.1	69.8	61.5	45.0	41.7	76.0	64.6	59.3	57.4	77.2	62.9
Bolivia	33.9	37.4	78.2	70.0	56.3	52.9	80.3	68.2	69.2	66.2	82.4	66.7
Haití	18.4	17.6	58.7	51.7	32.3	31.1	68.3	59.0	48.0	46.7	69.3	56.8
T. Moderada	44.2	45.5	72.2	61.6	52.6	54.3	76.6	61.8	61.9	62.8	77.9	64.0
El Salvador	48.0	50.2	71.6	60.5	59.6	61.1	74.7	56.8	69.6	70.7	70.7	59.4
Guatemala	42.7	43.5	82.2	74.0	44.6	45.5	83.6	75.8	46.9	47.8	76.4	66.5
Honduras	32.7	34.0	69.0	55.6	47.7	48.7	74.7	61.7	64.6	65.5	79.8	64.5
Nicaragua	55.0	57.1	64.3	50.6	59.4	60.3	74.6	57.4	64.6	65.1	77.2	63.0
Paraguay	44.2	45.4	66.9	57.9	58.7	61.0	72.3	55.2	71.6	73.4	85.4	88.4
Plena Transición	61.6	61.5	80.9	67.7	75.4	74.9	80.2	65.8	82.4	82.0	79.3	62.6
Brasil	63.2	63.9	82.4	68.9	78.3	78.3	77.5	63.7	84.3	84.5	77.0	58.1
Colombia	62.0	63.1	74.8	58.2	74.1	74.9	76.9	63.4	82.1	82.8	77.5	60.3
Costa Rica	48.6	51.2	73.1	61.1	56.8	58.5	81.3	65.0	64.4	65.9	86.6	68.9
Ecuador	39.8	39.5	78.4	66.3	58.5	57.5	83.6	68.2	70.4	69.6	84.9	67.2
México	62.2	61.1	78.3	67.8	73.7	72.5	82.9	67.7	80.8	79.8	80.3	66.9
Panamá	50.4	50.6	88.8	73.6	58.0	59.5	84.3	70.1	65.9	67.3	81.3	66.7
Perú	57.6	56.7	88.4	75.1	70.9	70.9	88.2	73.3	81.3	78.5	82.4	71.4
Rep. Dominicana	43.4	43.0	88.5	65.9	57.9	56.0	91.0	80.1	68.6	67.0	93.5	76.5
Venezuela	72.0	71.7	82.3	68.8	85.9	85.7	84.8	67.9	91.0	90.8	86.5	69.3
T. Avanzada	80.8	81.6	83.6	70.9	88.2	88.9	78.8	58.9	91.5	91.9	83.1	60.3
Argentina	84.9	85.8	83.7	69.6	91.0	91.3	77.8	55.5	93.8	94.0	80.8	56.7
Chile	74.6	75.0	71.9	59.5	84.2	84.2	76.8	55.1	89.3	89.3	85.4	62.2
Cuba	70.6	72.0	96.7	99.3	82.6	83.9	87.0	79.0	88.0	89.0	87.4	71.3
Uruguay	85.5	88.5	80.7	60.6	90.9	92.9	73.3	53.4	93.2	92.3	79.7	53.6
América Latina	64.5	65.0	81.3	68.4	76.1	76.8	79.7	63.6	82.1	82.5	79.8	62.2

Fuentes: United Nations, World Population Prospects, the 1998 Revision, New York, 1999
 CELADE, estimaciones y proyecciones de población vigentes.

Cuadro 10						
América Latina: tasa de actividad, según países y categoría de transición demográfica. Años seleccionados						
Cat. Transición/ Países	1980			2000		
	60 - 64	75 y +	60 y +	60 - 64	75 y +	60 y +
T. Incipiente	62.0	37.9	54.1	59.2	30.8	48.4
Bolivia	53.0	35.6	47.1	53.3	29.5	44.1
Haití	70.6	39.3	59.5	65.2	32.0	53.0
T. Moderada	49.0	19.9	38.7	50.3	21.1	38.4
El Salvador	51.0	25.1	42.5	48.9	20.5	36.9
Guatemala	47.2	24.2	39.0	49.1	22.1	38.2
Honduras	49.2	24.9	41.2	53.3	28.2	43.8
Nicaragua	50.6	20.9	40.5	54.3	21.7	40.4
Paraguay	47.8	9.7	31.7	47.0	11.9	33.3
Plena Transición	45.0	18.5	33.3	42.6	13.2	29.3
Brasil	40.1	12.9	27.8	39.0	9.7	25.4
Colombia	42.9	18.0	33.3	42.5	14.3	29.5
Costa Rica	42.0	14.7	30.4	41.2	10.4	26.2
Ecuador	50.6	33.3	44.1	51.5	24.4	40.0
México	50.4	23.5	39.0	45.5	14.2	31.6
Panamá	39.5	14.5	29.0	39.7	11.0	26.0
Perú	53.9	26.0	43.5	51.9	21.3	39.1
Rep. Dominicana	61.5	44.2	56.4	59.9	34.7	50.6
Venezuela	40.7	15.7	30.6	40.4	11.4	27.2
T. Avanzada	33.0	6.3	19.6	40.2	6.5	21.9
Argentina	32.2	6.7	19.4	42.3	7.9	23.4
Chile	33.6	7.1	20.5	37.5	5.5	20.4
Cuba	35.4	6.0	20.2	37.2	3.2	18.7
Uruguay	33.3	3.2	17.3	40.2	5.8	21.4
América Latina	42.3	15.8	30.6	43.0	12.2	28.6

Fuente: CELADE, estimaciones y proyecciones de población vigentes

I.2 TENDENCIAS Y PERSPECTIVAS DEL ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN FEMENINA Y MASCULINA EN ARGENTINA

Zulma Recchini de Lattes¹

INTRODUCCIÓN

Envejecimiento demográfico es el cambio en la composición etárea de la población por la cual gana en importancia relativa la población *mayor*, o sea, aquella constituida por personas de edad cronológica igual y superior a cierta edad. No parece haber consenso acerca del umbral a usar, aunque impresionísticamente podría decirse que en los últimos 10 ó 15 años ha habido un cambio de los 60 a los 65 años. También la manera de nombrar al grupo de las personas de 65 (ó 60) y más años ha variado: la expresión personas viejas y ancianas ha sido reemplazada, en la literatura más reciente, por la de mayores. Estos cambios en el límite y la denominación no son tan inocentes, y reflejan, de alguna manera, los cambios producidos en el significado social de la edad, diferente a la de la edad cronológica que simplemente se refiere a la edad en años.

En efecto, el significado de la edad se construye socialmente, varía entre sociedades y en el tiempo y aún dentro de una sociedad entre grupos sociales y entre hombres y mujeres (Ginn y Arber, 1996). Un ejemplo es el de la edad de jubilación, todavía diferente para uno y otro sexo en la Argentina.² Como cambios en el significado social de la edad podemos recordar que hoy en día la adolescencia comienza más temprano que hace unas décadas, que la juventud tiende a prolongarse más allá de los límites convencionales para definirla (McCauley y Salter, 1995), que la adultez continúa después de los 60 o 65 años por lo menos entre algunos grupos de personas altamente educadas e intelectualmente activas, y que la vejez para esas personas comienza, consecuentemente, mucho después de cumplir 60 o 65 años. Las mejoras en los estándares de salud y los aumentos generalizados en la esperanza de vida también muestran una tendencia a considerar ancianas a personas de bastante más edad. Recuérdese, como contraste, que hace sólo unas cuantas décadas una mujer de 50 años ya era considerada vieja y debía vestirse como tal mientras que hoy en día son otras las pautas aceptadas.

Desde el punto de vista del significado social de la edad resulta entonces artificial y restringido tomar una edad y mantenerla constante a lo largo del tiempo, o para hombres y mujeres, como haremos en este documento. También resulta arbitrario desde el punto de vista de la seguridad social, por lo que se dijo anteriormente. Lo haremos así no sólo por seguir la tradición de la investigación demográfica, sino porque el cambio de definición requeriría estudios histórico-sociales de los que no se dispone. En relación a la edad de jubilación diferencial para hombres y mujeres hay indicios de que la misma será igualada a breve plazo. Pero es importante guardar en mente que si fuésemos más flexibles en nuestra definición y permitiéramos a nuestros indicadores describir una mayoría que comenzara, digamos a los 50 o 55 años hacia fines del siglo pasado,

¹ Consultora FNUAP/CELADE. Se agradecen el involucramiento, sugerencias y comentarios de Alfredo E. Lattes durante la producción de este documento, aunque la responsabilidad final es enteramente mía. La confección de cuadros y gráficos estuvieron a cargo de Pablo Comelatto del CENEP. Correo electrónico: lattes@satlink.com.

² Si la jubilación marca la entrada a la "mayoría", las mujeres son consideradas socialmente viejas o mayores a edades más tempranas que los hombres, a pesar de que su esperanza de vida es ampliamente mayor que la de éstos.

pasando por los 65 hoy admitidos por las leyes jubilatorias argentinas aplicadas a los hombres y convencionalmente aceptados por las instituciones internacionales, y nos animáramos a correr ese límite más arriba para las perspectivas futuras, el proceso de envejecimiento así descrito resultaría mucho menos rápido que lo que surgirá de este informe.

Sí podemos hacer, y lo hacemos, el análisis por separado de las poblaciones femenina y masculina, confirmando que son realidades diferentes y han tenido procesos de envejecimiento similares pero distintos. Las variables demográficas han y siguen afectando de manera diferente a mujeres y hombres y esto tiene consecuencias para cada una de las sub-poblaciones así como para las historias individuales de cada uno de sus integrantes.

Las estimaciones disponibles para el año 2000 colocan a la Argentina entre los tres países más envejecidos de América Latina, con el 9,7 por ciento de su población de ambos sexos compuesta por personas de 65 y más años, proporción muy similar a la de Cuba y varios puntos por debajo de Uruguay que, con el 12,7 por ciento es, de lejos, el país más envejecido de la región (Naciones Unidas, 1998). El proceso de envejecimiento en Argentina no ha sido lineal. Por el contrario, las distintas y marcadas etapas del proceso de envejecimiento reflejan no sólo la particular transición demográfica del país que comenzara a fines del siglo XIX sino también y de manera muy importante, la inmigración internacional, masiva en algunas épocas y no tanto en otras que, con sus características variables a lo largo del tiempo, afectara de distinta manera a varones y mujeres. El proceso de envejecimiento ha afectado también de manera diferencial a distintas subpoblaciones como por ejemplo la de municipios específicos, en los cuales habitualmente las migraciones se constituyen en el factor determinante o más importante de los cambios en la estructura etárea. Si bien hay políticas y programas dirigidos a la población mayor que se diseñan e implementan a nivel nacional, es a los gobiernos locales a quienes les llegan una cantidad de problemas y situaciones sobre los que no pueden soslayar diseñar políticas y ejercer acciones.

El objetivo de este documento es describir el proceso histórico de envejecimiento de las poblaciones masculina y femenina y los componentes demográficos del mismo. Asimismo, examinar brevemente las perspectivas del envejecimiento del próximo medio siglo.

EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO

Desde el último cuarto del siglo XIX tanto el crecimiento y la redistribución espacial de la población, así como la llamada transición demográfica, han estado marcados, en gran medida, por la llegada masiva de inmigrantes (Lattes, 1993). También la composición por sexos y edades y sus cambios y en particular el proceso de envejecimiento son en gran medida resultados de la migración internacional que se produjo, con oscilaciones, desde finales del siglo pasado (cuadro 1). Ésta fué predominantemente masculina durante la mayor parte del tiempo, pero cambió radicalmente su composición por sexo en la década de 1980 en la cual las mujeres son mayoría³.

³ Las estimaciones de saldos migratorios por sexo de Recchini de Lattes y Lattes para los períodos 1914-47 y 1947-60 y los de Lattes (s.f.) para 1960-70, 1970-80 presentan índices de femineidad que oscilan entre 79 y 98, mientras que para las estimaciones de este último para 1980-90 el índice es 126.

Población total

La proporción de población de 65 y más años, observada desde 1870 hasta el presente (gráfico 1) permite distinguir claramente tres etapas del proceso de envejecimiento en la historia demográfica argentina de la etapa estadística⁴. Una primera, que va desde 1870 a 1925, durante la cual la proporción de población mayor de ambos sexos oscila alrededor del 2,4 por ciento. Una manera alternativa de medir el envejecimiento, a través de la edad mediana, también muestra una oscilación alrededor de los 20 años durante este período (cuadro 1). En otras palabras, no hubo envejecimiento durante esta etapa, a pesar de que la transición demográfica comenzó hacia fines del siglo XIX (Lattes, 1993 y cuadro 1). Pero el efecto de ésta fué modificado por la llegada masiva de inmigrantes que ensancharon la pirámide en edades adultas jóvenes (gráfico 3). La inmigración también influyó sobre la misma transición, porque las mujeres extranjeras, que traían niveles de fecundidad más bajos que las nativas, contribuyeron a hacer bajar la fecundidad de la población total (Pantelides, 1990, citada por Lattes, 1993). A su vez, la concentración de adultas jóvenes generaron muchos nacimientos, o sea, empujaron la natalidad hacia arriba.

La segunda etapa, entre 1925 y 1970, es la de mayor envejecimiento demográfico observado en la historia argentina. En el gráfico 1 puede verse el marcado cambio en la pendiente de la curva de la proporción de 65 y más. Para observar mejor la velocidad del proceso se calculó la tasa de envejecimiento⁵, que salta de 5,0 a 23,4 por mil entre 1920-25 y 1925-30 y se mantiene en valores por encima de 20 hasta 1965-70. También la curva de la edad mediana de la población asciende más rápidamente en este período que en el anterior, hasta alcanzar 27,4 años en 1970 (cuadro 1).

La tercera etapa observada, de 1970 hasta el 2000, es de una marcada desaceleración del proceso. La pendiente de la curva de la proporción de población de 65 y más años se aplanan y la tasa de envejecimiento desciende rápidamente hasta los valores más bajos observados en los últimos 75 años. El fenómeno se observa, igualmente, en el aplanamiento marcado de la curva de la edad mediana que varía entre los 27,2 y los 27,8 años. Según la versión media de las proyecciones disponibles, esta etapa se prolongaría hasta el período 2005-10, después de lo cual el proceso se aceleraría nuevamente.

La serie de pirámides presentada en el gráfico 3 permite observar también el cambio paulatino y marcado de su forma, que pasa de una base ancha a la pirámide envejecida del año 2000 que sin embargo todavía no llega a ser pilar como la mayoría de las pirámides europeas. También permite observar la pérdida de importancia de la población inmigrante, que gradualmente va desapareciendo del dibujo⁶. Hacia el final del período de proyección, en el año 2050, cuando la proporción de población mayor llegaría al 17,8 por ciento⁷, se espera que la pirámide pase a tener forma de pilar.

⁴ El primer censo nacional de población se realizó en 1869.

⁵ Similarmente a la tasa de urbanización, aquí se denomina tasa de envejecimiento a la diferencia entre la tasa de crecimiento de la población de 65 y más años y la de la total, lo que permite observar el incremento medio anual de la proporción de 65 y más años.

⁶ Las proyecciones (INDEC-CELADE, 1995), que no distinguen a la población nativa de la no nativa, tienen la hipótesis de migración internacional 0 a partir del año 2020.

⁷ Esta proporción es algo mayor que la observada para Suecia en 1995, uno de los países europeos más envejecidos en esa fecha (Naciones Unidas, 1998).

Poblaciones masculina y femenina

El proceso no sólo varió de intensidad a lo largo del período analizado, sino que ha sido significativamente diferente para las poblaciones masculina y femenina, más avanzado para la segunda (cuadro 2 y gráfico 2). En efecto, como es común en otros países, la población femenina es históricamente más envejecida que la masculina si el indicador usado es la proporción de 65 y más, aunque hasta 1960 la diferencia entre ambas es pequeña. Por el contrario, la edad mediana muestra un valor mayor para los varones hasta 1960, y sólo a partir de 1965 es superada por la de las mujeres hasta el final del período observado y el de la proyección. Es sólo en épocas más recientes que las proporciones de la población de 65 y más años de hombres y mujeres se separan sensiblemente. A partir de 1965 la proporción de mujeres mayores comienza a distanciarse de la de los hombres (6,5 versus 5,9), diferencia que se agranda hasta alcanzar más de tres puntos en el presente, tendencia que se espera continúe en el futuro según las proyecciones disponibles (cuadro 2).

En cuanto a la velocidad del proceso, en términos generales puede decirse que la población femenina se ha estado envejeciendo a tasas más altas que la masculina, salvo en el intervalo que va de 1940 a 1960, durante el cual las tasas masculinas alcanzan los máximos históricos: 28 por mil para el período 1945-1955 (gráfico 4)⁸. Lo que aceleró el proceso masculino, como se verá más adelante, es que durante estos años llegan a la cúspide de la pirámide varias cohortes de inmigrantes que, como ya se dijo, estaban conformadas por una mayoría de hombres. El resto del período observado y el proyectado presentan tasas femeninas mucho mayores que las masculinas.

Como consecuencia de los procesos y dinámicas descriptos fué cambiando el balance entre uno y otro sexo, tanto para la población mayor, como para la total, según se observa a través del índice de femineidad del cuadro 3. En 1870 y 1895 la población de 65 y más años era predominantemente femenina, y probablemente lo mismo ocurrió en los primeros años del siglo XX, para los cuales no tenemos información. Entre 1915 y 1925 predominan los hombres por lo que el índice de femineidad se hace menor que 100, también como consecuencia de la migración internacional. A partir de 1930 la población mayor no sólo es predominantemente femenina como en la mayor parte de las poblaciones del mundo, sino que el índice de femineidad de la población de 65 y más años comienza a aumentar aunque con oscilaciones hasta 1955. Luego de esa fecha, coincidiendo con las altas tasas de envejecimiento femenino, el índice asciende rápida e ininterrumpidamente hasta alcanzar un valor de 144 mujeres por cada 100 hombres en el año 2000, y las proyecciones indican un máximo de 145 en el 2005, para luego descender hasta 134 en el 2050.

Cambios en la composición de la población mayor

Con el proceso de envejecimiento también cambia la composición interna del grupo de 65 y más años. De especial relevancia resulta distinguir a la población más joven y más vieja de este grupo etéreo, transitando por lo que se dió en llamar la tercera y la cuarta edad. Durante el período 1915-1945, en los que se dispone de información menos detallada de las edades, no se observan

⁸ También durante este período la tasa femenina presenta una brusca oscilación en el período 1940-45, debida a una complicada combinación de factores.

grandes transformaciones sino más bien oscilaciones en la estructura por edades (cuadro 3). El grupo de 65-69 años representa siempre menos del 50 por ciento de todos los y las mayores, y el de 75 y más entre el 23 y el 35 por ciento. En cambio a partir de 1950 la tendencia es muy clara: el grupo 65-69 disminuye mientras que el más viejo, ahora de 80 y más años, aumenta sensiblemente y sin interrupciones hasta el año 2000. Aunque la estructura no esté presentada por sexo, el cuadro permite observar el aumento de la predominancia femenina, medida por el índice de femineidad, al pasar de los grupos relativamente más jóvenes a los más viejos y sin interrupciones hasta el año 2000, en que hay 200 mujeres por cada 100 hombres de 80 y más años. Incluso en el grupo más joven las mujeres comienzan a predominar a partir de 1965.

Resumiendo, la población mayor no sólo crece más rápidamente que la población total y cambia su composición por sexo dando lugar a un marcado proceso de envejecimiento y feminización, sino que también la población mayor sufre un proceso interno de envejecimiento y feminización. Se espera que el proceso de envejecimiento de la población mayor aumente en los próximos 50 años, cuando la población de 80 y más representaría la cuarta parte del total de los y las mayores. El índice de femineidad descendería, al igual que para el total de 65 y más, en cada uno de los tramos de edades.

LOS COMPONENTES DEMOGRÁFICOS DEL ENVEJECIMIENTO

Afortunadamente para Argentina se cuenta con estimaciones de población cada cinco años por sexos, edades y lugar de nacimiento junto a series de nacimientos, defunciones y migraciones internacionales que conforman un subsistema demográfico consistente entre 1915 y 1945 (Lattes y Nordio, 1979). También se dispone de ajustes de los primeros censos nacionales de población (Lattes, 1968 y Recchini de Lattes y Lattes, 1969) y de estimaciones y proyecciones de población para el período 1950-2050 (INDEC-CELADE, 1995) que permiten reconstruir la dinámica demográfica de un largo período sin demasiados supuestos y con un mínimo de cocina demográfica. Aquí nos ha permitido dimensionar los factores que han contribuido al proceso de envejecimiento durante los últimos 75 años del siglo XX. El comienzo del período estudiado, 1925, coincide con el aumento brusco de la tasa de envejecimiento, y termina prácticamente en el presente. La división en períodos de 25 años permite observar cambios importantes del *tempo* de envejecimiento aunque con cortes que, si bien algo arbitrarios, se corresponden casi perfectamente a las etapas descriptas.

Dado que lo que se quiere explicar es la pérdida del peso relativo de la población de menos de 65 años en favor de la de 65 y más, se construyeron ecuaciones compensadoras para cuatro cuartos de siglo comenzando en 1900 para esos dos grupos etáreos de la población femenina y masculina a su vez subdivididos según su origen en nativos y no nativos del país. Para 1925, 1950, 1975 y 2000 se tiene entonces la composición de la población según proviniera de: las cohortes correspondientes del stock de nativos y no nativos de 25 años antes, o de los nacimientos de los 25 años anteriores, o de la migración neta de extranjeros observada al final del período de 25 años. También se calcularon las defunciones del período correspondientes a cada segmento (nativos, no nativos y nacimientos) que, si se deducen de los stocks o de los nacimientos permite observar a la población sobreviviente en cada fecha. Se supuso, para simplificar, que la

emigración de argentinos fue nula⁹. El cuadro 4 presenta los resultados de esa composición así estimada en números relativos en cada fecha, en cuyo último renglón puede leerse la proporción de población de 0-64 y de 65 y más años. Esta es una manera bastante especial de mirar la población en cada momento, en función de la dinámica de los 25 años anteriores. También permite ver, por ejemplo, el rol primero creciente de los stocks de no nativos/as en la conformación del grupo de 65 y más años, que decrece en la última fecha y, concomitantemente, el peso creciente de nativos y nativas a lo largo de todo el período observado. Asimismo, se observa el peso decreciente de los nacimientos en la composición del grupo de 0-64 y el rol de las defunciones que, al bajar el nivel de la mortalidad, va reduciendo su peso en este grupo y aumentándolo en el de 65 y más.

Por último, sustrayendo los valores de dos fechas sucesivas del cuadro 4 se obtuvieron los componentes del proceso de envejecimiento por períodos de 25 años entre 1925 y 2000 que permite analizar los componentes por los cuales el grupo 0-64 pierde peso en favor del grupo 65 y más (cuadro 5). Por ejemplo, se determinó cuál era la composición de la población en 1925 según que proviniera de los stocks de nativos o no nativos del 1900 cuando tenían 0-39 y 40 y más años, de la migración neta de las mismas edades sobreviviente al final del período, y de los nacimientos y defunciones del período 1900-1925. Similarmente, la composición de 1950 se determinó en relación a stocks de 1925 y nacimientos, defunciones y migración neta de 1925-1950. Cuando se comparan los cambios (o recomposición) entre 1925 y 1950 realmente se está tomando en cuenta la dinámica de la primera mitad del siglo XX. El gráfico 4 presenta una visión de conjunto de los cuatro períodos para la población masculina y la femenina. Rápidamente puede verse que la recomposición de la población durante el primer período entre los dos grupos etáreos fue el resultado de una dinámica en que los distintos componentes tenían valores muy altos en relación a los dos períodos siguientes.

Período 1925-1950

Este período es, como se recordará, el primero en que tanto la población masculina como la femenina inician un franco proceso de envejecimiento. En la pérdida relativa del grupo masculino de 0-64 el componente negativo más importante es la migración neta¹⁰. El segundo factor en importancia es la reducción del peso de los nacimientos también del primer al segundo cuarto de siglo, como consecuencia de la reducción de la natalidad que se produce en esos períodos (cuadro 1). Las reducciones de la migración neta y la natalidad hubiesen ocasionado un envejecimiento mucho mayor si el efecto de estos factores no hubiesen sido contrarrestados sobre todo por el aumento en el stock de la población nativa de 25 a 64 años –provenientes de una natalidad más alta en los últimos 40 años del siglo XIX- y una importante reducción de la mortalidad, sobre todo la correspondiente a los nacimientos así como, en menor medida, un aumento en la importancia relativa del stock de no nativos.

⁹ El supuesto es realista hasta los años 1950s. Luego comenzó la emigración de argentinos (Lattes y Oteiza, 1986), cuyo número aquí estaría aumentando el de las defunciones.

¹⁰ Ésta reduce su importancia en la conformación de la población de 0-64 años de un 19,8 por ciento en 1925 (migración del primer cuarto de siglo) a 5,7 por ciento en 1950 debido, obviamente, a la reducción de la inmigración internacional como puede verse en el cuadro 4.

Por otra parte, el grupo de 65 y más gana sobre todo por el aumento en el stock de no nativos del cual muchos de sus integrantes, habiendo arribado al país con anterioridad, están llegando a las edades avanzadas. También gana, aunque en menor medida, por el aumento del stock de nativos. El aumento en el efecto relativo de las defunciones, negativo, contrarresta parcialmente el efecto de los stocks de población¹¹.

En la población femenina, en la que el envejecimiento es ligeramente mayor que en la masculina, los componentes son similares pero cambia su intensidad. En el grupo 0-64, dado que las migraciones internacionales tuvieron menor intensidad que entre los varones, los nacimientos adquieren un peso mayor tanto en la composición de la población en 1925 (cuadro 4) como también en la recomposición del período 1925-1950 (cuadro 5). El factor que le sigue en importancia es la migración neta, pero con un peso relativo de casi la mitad que tuvo en la población masculina. Al contrario que en la población masculina, el stock de población no nativa contribuye, aunque de manera insignificante, a la reducción del grupo. Al igual que entre los varones, el stock de nativas y la reducción de las defunciones contrarrestan en gran medida la pérdida relativa ocasionada por los otros componentes.

Las ganancias relativas de la población femenina mayor se producen, sobre todo, por el aumento del stock de no nativas y en mucho menor medida por el de nativas. Al igual que entre la población masculina, las defunciones contrarrestan en alguna medida el efecto positivo de los stocks.

Período 1950-1975

Este es el período de mayor envejecimiento observado, para los varones pero sobre todo para las mujeres. El grupo masculino de 0-64 pierde peso principalmente por la pérdida de stocks de no nativos, dado que muchísimos de ellos están llegando a edades mayores y los sobrevivientes pasan a engrosar el grupo 65 y más. La reducción en los nacimientos sigue siendo el segundo factor y el tercero la migración neta que tiene un peso muchísimo menor que en el período anterior. Estas pérdidas son compensadas en gran medida y sobre todo por la reducción en el número de defunciones¹² y, en segundo lugar, por el aumento en el stock de nativos.

Los varones mayores ganan peso relativo en este período por el aumento de stocks tanto de nativos como de no nativos. Estos valores son contrarrestados sobre todo por las defunciones y por la migración neta del período, que como componente tiene signo negativo.

Similarmente al período anterior, la población femenina de 0-64 pierde sobre todo debido a la continua reducción del peso relativo de los nacimientos, y en segundo lugar por la disminución del peso del stock de no nativas; éstas, al igual que entre los hombres irán a engrosar al grupo más envejecido a la vez que no han sido reemplazadas por stocks equivalentes de arribos más recientes. El peso relativo de las defunciones es más importante que para los hombres, entre otras

¹¹ Debe recordarse que, a pesar de que el nivel de la mortalidad estaba descendiendo, la curva de mortalidad por edad cambia y, con niveles más bajos se produce una mayor concentración de muertes en edades avanzadas.

¹² Dado que en este período hubo emigración neta de nativos del país (Lattes y Oteiza, 1986), la reducción real en el número de defunciones tiene que haber sido todavía mayor.

cosas porque la mortalidad femenina es más baja que la masculina, y compensan en mayor medida los factores de signo negativo.

Los pesos de los componentes positivos que explican la ganancia relativa del grupo femenino de 65 y más son similares a los de los varones. Por el contrario, las defunciones tienen un peso notablemente menor que en aquéllos, porque la mortalidad es mucho menor entre las mujeres (cuadro 1). Es sobre todo este componente el que explica que la población femenina se haya envejecido un punto más que la masculina.

Período 1975-2000

Este período se caracteriza por un descenso en el *tempo* del envejecimiento masculino, que sólo aumenta la proporción de población mayor en un 1,2 por ciento mientras que la población femenina gana más del doble (cuadro 2). Al igual que en el período anterior, la población masculina de 0-64 años pierde peso, en primer lugar por la reducción del stock de no nativos y, en segundo lugar, por una nueva reducción en la migración neta. Por último, también en este período se produce una disminución relativa de los nacimientos.

El grupo de varones más envejecido gana peso sobre todo por el importante aumento relativo del stock de nativos y, en muchísimo menor medida, por la migración neta. Pero, a diferencia del período anterior, los stocks de no nativos se reducen significativamente, tanto en valores absolutos como relativos, y las defunciones juegan un mayor rol negativo que en el período anterior.

¿Qué sucedió con la población femenina para que envejeciera tanto más que la masculina? ¿Cuáles fueron los factores que actuaron? Para la pérdida de peso de la población 0-64 la reducción del peso de los nacimientos continuó siendo el factor más importante, seguido por la continua pérdida de peso de la migración neta. Al igual que entre los hombres se reduce tanto en números absolutos como relativos el stock de no nativos. Pero a diferencia de los hombres, en el caso de las mujeres el stock de nativas pierde algo de importancia relativa. Como en períodos anteriores, es mucho mayor el rol contrarrestante de las defunciones.

En cuanto a las mayores, similarmente a los hombres ganan por el aumento relativo del stock de nativas y, por el contrario, la migración neta positiva tiene un peso ínfimo¹³. En cuanto a los factores que actúan negativamente, contrarrestando a los positivos, las defunciones tienen un rol relativo ligeramente mayor que entre los hombres, pero la reducción relativa del stock de no nativas es notablemente menor que el de los no nativos porque en el caso de los hombres el stock era muchísimo mayor en el período anterior. En otras palabras, los hombres siguen arrastrando en mayor medida el efecto de la migración de extranjeros del pasado.

¹³ Debe tenerse en cuenta que la migración neta fue un componente negativo de la composición de la población femenina de 65 y más, tanto en 1975 como en el 2000 (cuadro 4). Pero al ser el valor negativo de la segunda fecha menor que el de la primera, en la comparación 1975-2000 el componente del envejecimiento se hace positivo.

CONCLUSIONES

Este trabajo ha permitido distinguir tres etapas en el proceso de envejecimiento de la población argentina entre 1870 y 2000: una sin envejecimiento hasta 1925, otra de envejecimiento rápido entre 1925 y 1975 y una tercera de desaceleración que terminaría alrededor del 2005. A ésta seguiría una nueva etapa de envejecimiento rápido que se prolongaría hasta el final del período de proyección (2050). También hemos mostrado que la población mayor, predominantemente femenina, sufre un doble proceso de envejecimiento y feminización. En todos estos aspectos hemos avanzado sobre los trabajos de Golbert y Schkolnik (1989), Müller y Pantelides (1991), Naciones Unidas (1991) y Lloyd-Sherlock (s.f.), y también al establecer claras pautas diferenciales en el envejecimiento de las poblaciones masculina y femenina así como en la medición sistemática de los componentes demográficos del envejecimiento.

Lloyd-Sherlock (s.f.) es, de los autores señalados, quien más enfatiza el rol de las migraciones internacionales en el proceso de envejecimiento. En efecto, la migración internacional fue siempre un componente importantísimo del envejecimiento de la población masculina y de la femenina, pero sobre todo de la primera, actuando de varias maneras. En primer lugar, aumentando o disminuyendo el número de no nativos y no nativas con su peculiar estructura de sexos y edades, lo que en este documento fué observado a través de la migración neta de los períodos estudiados. La migración neta fue el componente más importante en la reducción relativa del grupo 0-64 de la población masculina en el período 1925-50, y significativo en los otros períodos. En segundo lugar como consecuencia de la migración de épocas anteriores cuyos efectivos, al envejecer, van reduciendo su peso relativo en el grupo de 0-64 para pasar a engrosar el del 65 y más. Esto es muy notable en los dos primeros períodos (1925-1950 y 1950-1975), tanto para la población masculina como para la femenina, pero mucho más acentuadamente para la primera. En tercer lugar, las migraciones internacionales europeas también actuaron positivamente sobre el envejecimiento a través de su efecto sobre la reducción de la fecundidad (porque las mujeres migrantes tuvieron menos hijos que las argentinas), aunque el abultamiento que ellas mismas produjeron en las edades fértiles de la pirámide haya tenido el efecto contrario al hacer aumentar el número de nacimientos (retardando de esta manera la reducción de la natalidad) y contribuyendo así a retrasar el envejecimiento.

La reducción del número de nacimientos, consecuencia de la reducción de la fecundidad y de las cambiantes estructuras de sexos y edades de la población, fué el componente más importante en la reducción del peso relativo de la población femenina de 0-64. Este factor también actuó en la población masculina de las mismas edades, pero, en primer término, fué siempre más importante en la población femenina y, en segundo, en la masculina siempre es el factor que está en segundo o tercer lugar ya que, como se dijo, la influencia de las migraciones fue mayor¹⁴.

Las defunciones siempre juegan el rol de compensar sea el decrecimiento relativo del grupo 0-64 ocasionadas por otros componentes, sea el incremento relativo del grupo 65 y más. En el primero

¹⁴ Si bien la comparación de nuestras estimaciones con la de Pantelides y Müller (Naciones Unidas, 1991) resultan difíciles por las diferencias en la longitud del período, la metodología y la edad a partir de la cual se define a la población mayor, merece destacarse que en ambas mediciones el rol que juega el descenso de la fecundidad es mayor sobre la población femenina que sobre la masculina.

el rol de las defunciones es decreciente a lo largo de los tres períodos, tanto en la población de varones como en la de mujeres, aunque mayor para esta última¹⁵. En el grupo 65 y más las defunciones ocasionan pérdidas crecientes en la población femenina y oscilantes en la masculina. En los dos primeros períodos las pérdidas relativas son menores en la población femenina, y la tentación de explicarlo en función de la menor mortalidad femenina, que sin duda está actuando, es muy grande. Pero en el último período la relación se invierte, y las pérdidas relativas son menores en la población masculina, porque hay un factor de mucho más peso en esta última (pérdida de stocks de no nativos) que también actúa negativamente en un cambio total mucho menor que en la población femenina (1,2 versus 3,0 por ciento).

El caso argentino ha permitido mostrar uno de los casos latinoamericanos de mayor envejecimiento de la población en el que a los roles de la reducción de los niveles de fecundidad y mortalidad se agrega, de manera determinante en los últimos tres cuartos de siglo, la migración internacional. Si ésta disminuye en las próximas décadas como las proyecciones de población indican, la dinámica demográfica se simplificará y el envejecimiento futuro del país como un todo estará determinado por los cursos futuros de la fecundidad y la mortalidad, tal como ocurre en otras poblaciones con migraciones internacionales nulas o desdeñables. Si, por el contrario, en este mundo cada vez más globalizado y desequilibrado las migraciones internacionales continúan a jugar un rol en éste y otros países, habrá que agregar las migraciones a los modelos habituales de análisis del envejecimiento en que las dos variables que cuentan son la fecundidad y la mortalidad.

BIBLIOGRAFÍA

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.

Golbert, Laura y Schkolnik, Susana (1989), *El desafío de la seguridad social*, Santiago, PREALC No. 338.

INDEC-CELADE (1995), *Estimaciones y proyecciones de población – Total del País*, Serie Análisis demográfico No.5, Buenos Aires, INDEC.

Lattes, Alfredo E. (1968), *Evaluación y ajuste de algunos resultados de los tres primeros censos nacionales de población*. Serie Población y Sociedad No. 51. Buenos Aires, Instituto Torcuato Di Tella, Centro de Investigaciones Sociales.

Lattes, Alfredo E. (1993), "Desarrollo, migración y transición demográfica en Argentina". En: ABEP, CELADE, IUSSP, PROLAP, SOMEDE, *IV Conferencia Latinoamericana de Población*.

¹⁵ Debe tenerse en cuenta que en la composición de la población en cada uno de los momentos (cuadro 4), el peso, siempre negativo de las defunciones para los dos grupos y todas las edades, dado que quitan efectivos a la población o a los nacimientos, es siempre menor para las mujeres, debido sobre todo a la menor mortalidad femenina. En el análisis del cambio entre dos momentos, al comparar dos números negativos, y por la magnitud relativa de los mismos, el número se hace positivo en el caso del grupo de menos de 65 años.

La transición demográfica en América Latina y el Caribe, vol. II, Ciudad de México, INEGI – IISUNAM.

Lattes, Alfredo E. (s.f.), “Argentina: Estimación de la migración neta de extranjeros 1950-1991”, *manuscrito*.

Lattes, Alfredo E. y Nordio, Raúl (1979), “Subsistema demográfico argentino”, *manuscrito*.

Lattes, Alfredo E. y Oteiza, Enrique (1986), *Dinámica migratoria argentina 1955-1984. Democratización y retorno de expatriados*. Ginebra, UNRISD.

Lloyd-Sherlock, Peter G. (s.f.), “Old Age and Urban Poverty in the Developing World – The Shanty Towns of Buenos Aires”, *manuscript*.

McCauley, Ann P, y Salter, Cynthia (1995), “Cómo satisfacer las necesidades de los adultos jóvenes”, *Population Reports*, Serie J, No. 41, Octubre.

Müller, María S. y Pantelides, Edith A. (1991), “Aspectos demográficos del envejecimiento”. En: Knopoff, René y Oddone, María Julieta, *comp.*, *Dimensiones de la vejez en la sociedad argentina*, Buenos Aires, Centro Editor de América Latina.

NACIONES UNIDAS (1991), *Economic and Social Aspects of Population Ageing in Argentina*, Nueva York (ST/ESA/SER.R/113).

NACIONES UNIDAS (1998), *World Population Prospects. The 1996 Revision*, Nueva York (ST/ESA/SER.A/167).

Pantelides, Edith A. (1990), “Un siglo y cuarto de la fecundidad Argentina: 1869 al presente”. En: IUSSP, CELADE, CENEP, *Seminar on Fertility Transition in Latin America*.

Recchini de Lattes, Zulma L. y Lattes, Alfredo E. (1969), *Migraciones en la Argentina. Estudio de las migraciones internas e internacionales, basado en datos censales, 1869-1960*, Buenos Aires, Editorial del Instituto.

Somoza, Jorge L. (1971), *La mortalidad en la Argentina entre 1869 y 1960*, Buenos Aires, Editorial del Instituto.

Cuadro 1. Tasas medias anuales de natalidad, mortalidad y migración y esperanza de vida a los 65 años y al nacer, por sexo, 1870-2050.

Períodos	Tasas anuales medias (x1.000)			Esperanza de vida			
	Natalidad	Mortalidad	Migración	a los 65 años		al nacer	
				Varones	Mujeres	Varones	Mujeres
1870-95 ^a	43,7	27,7	14,0	9,45	10,26	32,60	33,32
1895-15 ^b	39,7	22,3	18,0	10,14	11,35	39,48	40,67
1915-20 ^c	36,7	17,6	-1,9	11,03	12,77	47,59	49,72
1920-25	34,9	15,1	10,3	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
1925-30	32,5	14,1	8,7	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
1930-35	28,9	12,7	2,3	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
1935-40	25,8	12,5	2,2	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
1940-45	25,8	11,3	0,9	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
1945-50 ^d	26,2	10,3	7,1	11,67	13,79	59,09	63,59
1950-55	25,4	9,1	3,5	n.d.	n.d.	60,42	65,14
1955-60 ^e	24,3	8,6	1,4	12,90	15,51	62,14	67,44
1960-65	23,2	8,9	1,2	n.d.	n.d.	62,47	68,62
1965-70	22,5	9,1	1,1	n.d.	n.d.	62,75	69,33
1970-75	23,4	9,0	2,3	12,54	15,63	64,10	70,78
1975-80	25,7	8,9	-1,6	12,70	15,94	65,44	72,22
1980-85	23,2	8,5	0,5	12,97	16,42	66,82	73,74
1985-90	21,8	8,5	0,8	13,12	16,72	67,58	74,62
1990-95	20,8	8,2	0,7	13,48	17,23	68,60	75,70
1995-00	19,9	7,9	0,7	13,98	17,82	69,65	76,75
2000-05	19,0	7,8	0,6	14,46	18,42	70,64	77,74
2005-10	18,0	7,7	0,4	14,90	18,95	71,57	78,67
2010-15	16,9	7,6	0,2	15,32	19,46	72,44	79,54
2015-20	15,8	7,5	0,0	15,71	19,94	73,25	80,35
2020-25	15,5	7,6	0,0	16,08	20,39	74,00	81,10
2025-30	15,1	7,8	0,0	16,42	20,80	74,69	81,79
2030-35	14,6	8,1	0,0	16,74	21,18	75,33	82,43
2035-40	14,1	8,4	0,0	17,03	21,54	75,91	83,01
2040-45	13,7	8,7	0,0	17,30	21,86	76,44	83,54
2045-50	13,4	9,0	0,0	17,54	22,15	76,92	84,02

^a La esperanza de vida corresponde al período 1869-1895.

^b La esperanza de vida corresponde al período 1895-1914.

^c La esperanza de vida corresponde al período 1913-1915.

^d La esperanza de vida corresponde al período 1946-1948.

^e La esperanza de vida a los 65 años corresponde al período 1959-1961.

Fuente: Elaboración propia en base a Lattes (1968), Recchini de Lattes y Lattes (1969), Lattes y Nordio (1979), INDEC-CELADE (1995) y Somoza (1971).

Cuadro 2. Proporción de la población de 65 y más años, edad mediana y tasas de crecimiento, por sexo, 1870-2050

Años	Proporción de 65 y +			Edad mediana			Tasas de envejecimiento* (por mil)		
	Total	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres
1870	2,4	2,2	2,6	19,4	19,6	19,2			
1895	2,5	2,3	2,8	19,5	20,7	18,3	2,6	1,7	3,8
1915	2,3	2,1	2,5	20,3	21,4	19,0	-5,3	-3,7	-6,7
1920	2,3	2,2	2,5	19,9	20,6	19,1	2,0	3,3	0,2
1925	2,4	2,2	2,5	20,7	21,7	19,6	5,0	5,8	4,1
1930	2,7	2,5	2,9	21,6	22,7	20,5	23,4	21,8	24,9
1935	3,0	2,7	3,2	22,5	23,5	21,5	21,8	19,9	23,2
1940	3,3	3,0	3,6	23,6	24,4	22,8	23,2	20,7	25,2
1945	3,7	3,4	3,9	24,5	25,0	24,0	18,4	23,3	13,7
1950	4,2	4,0	4,4	25,7	26,0	25,3	28,2	31,0	25,5
1955	4,8	4,7	5,0	26,3	26,5	26,1	28,3	30,9	25,6
1960	5,5	5,4	5,7	26,8	26,9	26,8	27,0	27,8	26,2
1965	6,2	5,9	6,5	27,2	27,0	27,4	23,1	19,4	26,4
1970	7,0	6,5	7,4	27,4	27,0	27,8	22,2	18,7	25,1
1975	7,6	6,9	8,3	27,3	26,8	27,9	17,2	11,7	21,8
1980	8,1	7,2	9,0	27,2	26,5	27,9	13,6	9,2	16,8
1985	8,5	7,4	9,6	27,2	26,3	28,1	9,4	4,2	13,1
1990	8,9	7,6	10,2	27,2	26,2	28,2	10,0	6,9	12,1
1995	9,4	7,9	10,8	27,4	26,3	28,5	10,2	8,2	11,6
2000	9,7	8,1	11,2	27,8	26,8	28,9	6,2	4,4	7,4
2005	9,9	8,2	11,5	28,7	27,7	29,7	3,5	2,3	4,4
2010	10,2	8,4	11,8	30,0	28,9	31,0	5,7	5,7	5,7
2015	10,7	8,9	12,5	31,2	30,1	32,3	10,8	11,2	10,5
2020	11,5	9,6	13,4	32,4	31,3	33,6	14,4	15,0	14,0
2025	12,3	10,3	14,3	33,6	32,5	34,8	12,9	12,9	12,9
2030	13,0	10,9	15,0	34,7	33,6	35,9	11,6	12,9	10,7
2035	13,8	11,7	15,8	35,8	34,6	37,0	10,8	12,5	9,7
2040	14,8	12,7	16,9	36,8	35,5	38,1	15,1	17,1	13,6
2045	16,5	14,3	18,7	37,7	36,4	39,1	21,7	24,0	19,9
2050	17,8	15,5	20,0	38,5	37,1	39,9	15,1	16,3	14,2

* Tasa de envejecimiento = tasa de crecimiento 65 y + menos tasa de crecimiento total.

Fuente: Elaboración propia en base a Lattes (1968), Recchini de Lattes y Lattes (1969), Lattes y Nordio (1979) e INDEC-CELADE (1995).

Cuadro 3. Población de 65 y más años según estructura de edades e índice de femineidad, 1870-2050

Año	Estructura				Índice de femineidad				
	65-69	70-74	75+	65 y+	65-69	70-74	75+	65 y+	Total
1870	37,2	28,2	34,6	100	105,9	107,5	120,9	111,4	95,3
1895	39,6	31,6	28,7	100	100,9	95,2	139,3	108,6	88,3
1915	40,3	29,3	30,4	100	86,3	96,5	120,8	98,8	85,3
1920	49,7	24,2	26,1	100	90,8	96,3	123,8	99,9	87,6
1925	45,5	31,5	23,0	100	88,6	100,3	121,9	99,2	87,7
1930	49,5	26,7	23,8	100	93,9	98,6	121,9	101,2	88,2
1935	46,2	30,6	23,2	100	101,0	103,2	119,7	105,8	90,6
1940	47,1	28,6	24,3	100	104,2	113,0	121,0	110,6	92,6
1945	44,0	30,5	25,4	100	95,0	113,7	124,0	107,4	94,3
Año	Estructura				Índice de femineidad				
	65-69	70-79	80+	65 y+	65-69	70-79	80+	65 y+	Total
1950	45,6	43,1	11,3	100	93,5	107,1	148,2	104,4	94,3
1955	45,4	44,3	10,2	100	93,1	106,2	146,1	103,3	95,8
1960	43,2	46,3	10,5	100	94,1	105,2	145,5	103,7	96,9
1965	42,4	46,8	10,8	100	101,6	108,7	144,0	108,8	98,2
1970	41,7	46,8	11,5	100	105,5	114,8	144,2	113,7	99,4
1975	40,5	47,4	12,1	100	113,4	121,0	148,1	120,8	100,3
1980	38,8	48,1	13,1	100	119,5	128,9	157,5	128,4	102,7
1985	37,0	48,7	14,3	100	121,7	137,3	167,2	134,9	103,2
1990	36,9	47,7	15,5	100	121,8	142,1	180,8	139,1	103,7
1995	35,9	47,6	16,5	100	122,5	142,8	193,4	141,7	103,9
2000	33,3	48,9	17,8	100	123,7	142,4	200,1	143,9	103,9
2005	31,8	48,4	19,8	100	123,1	142,9	201,0	145,4	103,8
2010	31,9	46,4	21,7	100	121,4	142,3	200,6	145,3	103,8
2015	32,6	45,1	22,3	100	122,1	139,9	201,2	144,6	103,7
2020	32,5	45,3	22,2	100	121,9	138,8	200,5	143,9	103,6
2025	31,1	46,3	22,6	100	122,3	138,4	197,4	143,8	103,6
2030	30,1	46,2	23,7	100	117,4	138,3	194,8	142,3	103,6
2035	29,5	45,4	25,1	100	115,2	134,9	192,4	140,3	103,6
2040	30,5	43,9	25,6	100	114,3	130,7	191,5	137,9	103,6
2045	32,1	42,9	25,0	100	113,4	128,5	187,4	135,2	103,7
2050	28,8	46,1	25,1	100	112,1	127,1	183,4	133,9	103,9

Fuente: Elaboración propia en base a Lattes (1968), Recchini de Lattes y Lattes (1969), Lattes y Nordio (1979) e INDEC-CELADE (1995).

Cuadro 4. Composición de la población por sexo y grandes grupos de edades según provenga de stock de nativos y no nativos, o de nacimientos o migración neta de los 25 años anteriores, 1925, 1950, 1975 y 2000.

Componentes	Varones								Mujeres							
	1925		1950		1975		2000		1925		1950		1975		2000	
	0-64	65+	0-64	65+	0-64	65+	0-64	65+	0-64	65+	0-64	65+	0-64	65+	0-64	65+
Stock nativos/as 25 años antes	28,2	3,9	40,5	5,2	45,2	10,8	46,9	18,8	31,8	5,1	42,3	5,6	44,2	11,0	44,0	19,7
Defunciones stock nativos/as	-7,6	-3,0	-6,2	-3,5	-4,2	-6,2	-4,6	-11,6	-8,3	-3,8	-5,9	-3,5	-2,7	-5,2	-2,0	-9,7
Stock no nativos/as 25 años antes	9,8	4,8	11,4	6,6	3,4	8,5	1,8	4,1	6,5	3,0	6,4	5,0	2,5	6,1	1,6	3,8
Defunciones stock no nativos/as	-2,6	-3,6	-1,7	-4,4	-0,3	-5,0	-0,2	-2,5	-1,7	-2,3	-0,9	-3,1	-0,2	-2,8	-0,1	-1,9
Nacimientos período 25 años	65,3	0,0	54,6	0,0	50,0	0,0	48,8	0,0	70,8	0,0	55,2	0,0	47,7	0,0	45,0	0,0
Defunciones nacimientos	-15,1	0,0	-8,3	0,0	-3,7	0,0	-2,1	0,0	-14,7	0,0	-7,1	0,0	-2,9	0,0	-1,3	0,0
Migración neta de 25 años	19,8	0,1	5,7	0,0	2,8	-1,2	1,3	-0,6	13,2	0,4	5,6	0,4	3,0	-0,8	1,5	-0,7
Total defunciones (B+D+F)	-25,3	-6,6	-16,2	-7,9	-8,2	-11,2	-6,9	-14,2	-24,8	-6,0	-13,9	-6,7	-5,7	-8,0	-3,4	-11,6
TOTAL (A+C+E+G+H)	97,8	2,2	96,0	4,0	93,1	6,9	91,9	8,1	97,5	2,5	95,6	4,4	91,7	8,3	88,8	11,2

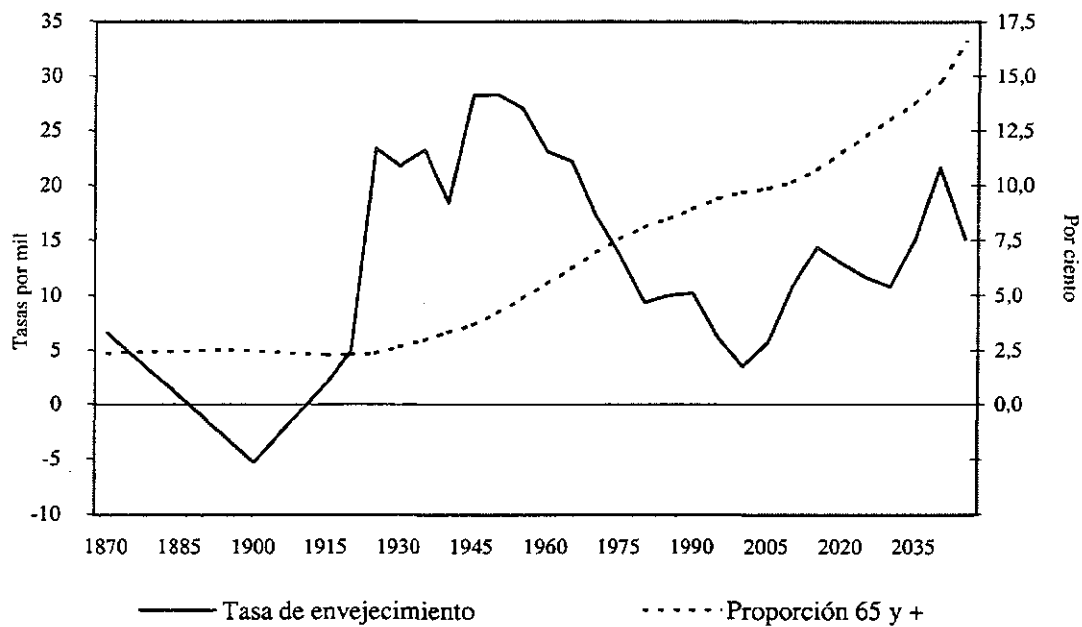
Fuente: Elaboración propia en base a Lattes (1968), Recchini de Lattes y Lattes (1969), Lattes y Nordio (1979) e INDEC-CELADE (1995).

Cuadro 5. Componentes del proceso de envejecimiento (recomposición 0-64/65+) de las poblaciones masculina y femenina, según su composición por origen, nacimientos, defunciones y migración neta, períodos 1925-1950, 1950-1975 y 1975-2000.

Componentes	Varones						Mujeres					
	1925-50		1950-75		1975-2000		1925-50		1950-75		1975-2000	
	0-64	65+	0-64	65+	0-64	65+	0-64	65+	0-64	65+	0-64	65+
A Stock nativos/as 25 años antes	12,3	1,3	4,7	5,5	1,7	8,0	10,5	0,5	1,9	5,4	-0,2	8,7
B Defunciones stock nativos/as	1,4	-0,5	2,0	-2,8	-0,4	-5,4	2,4	0,3	3,3	-1,7	0,7	-4,6
C Stock no nativos/as 25 años antes	1,6	1,9	-8,0	1,9	-1,6	-4,4	-0,1	2,0	-3,9	1,0	-0,9	-2,3
D Defunciones stock no nativos/as	0,9	-0,8	1,4	-0,5	0,1	2,4	0,8	-0,9	0,7	0,3	0,1	1,0
E Nacimientos período 25 años	-10,7	0,0	-4,6	0,0	-1,2	0,0	-15,6	0,0	-7,5	0,0	-2,7	0,0
F Defunciones nacimientos	6,8	0,0	4,5	0,0	1,6	0,0	7,7	0,0	4,2	0,0	1,5	0,0
G Migración neta de 25 años	-14,1	-0,1	-2,9	-1,2	-1,5	0,6	-7,5	0,0	-2,6	-1,2	-1,5	0,1
H Total defunciones (B+D+F)	9,1	-1,3	8,0	-3,3	1,3	-3,0	10,9	-0,6	8,2	-1,4	2,3	-3,6
I TOTAL (A+C+E+G+H)	-1,8	1,8	-2,9	2,9	-1,2	1,2	-1,9	1,9	-3,9	3,9	-3,0	3,0

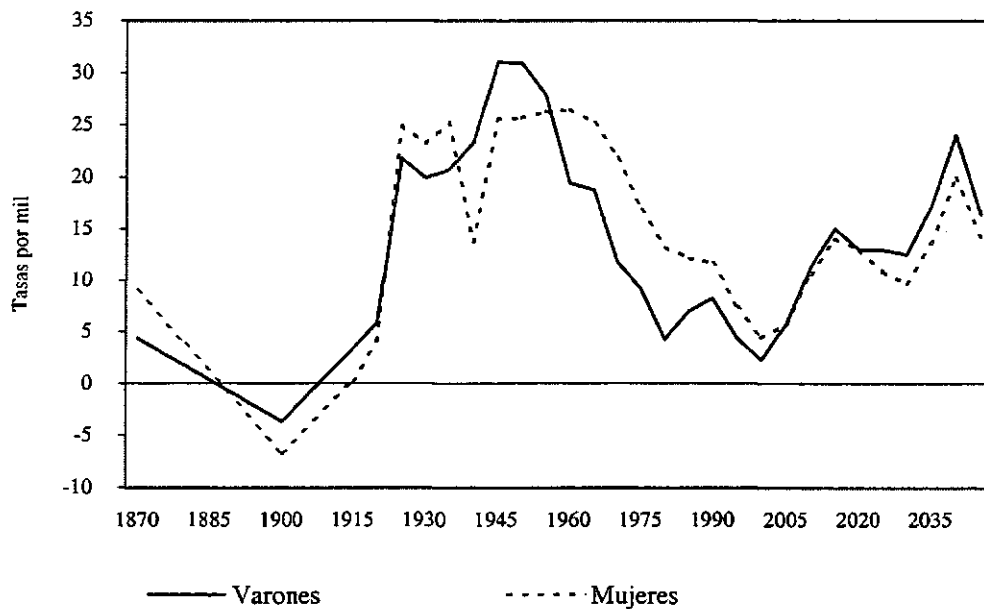
Fuente: Cuadro 4.

Gráfico 1. República Argentina, 1870-75 / 2045-50. Proporción de población de 65 y más años y tasa de envejecimiento de la población total



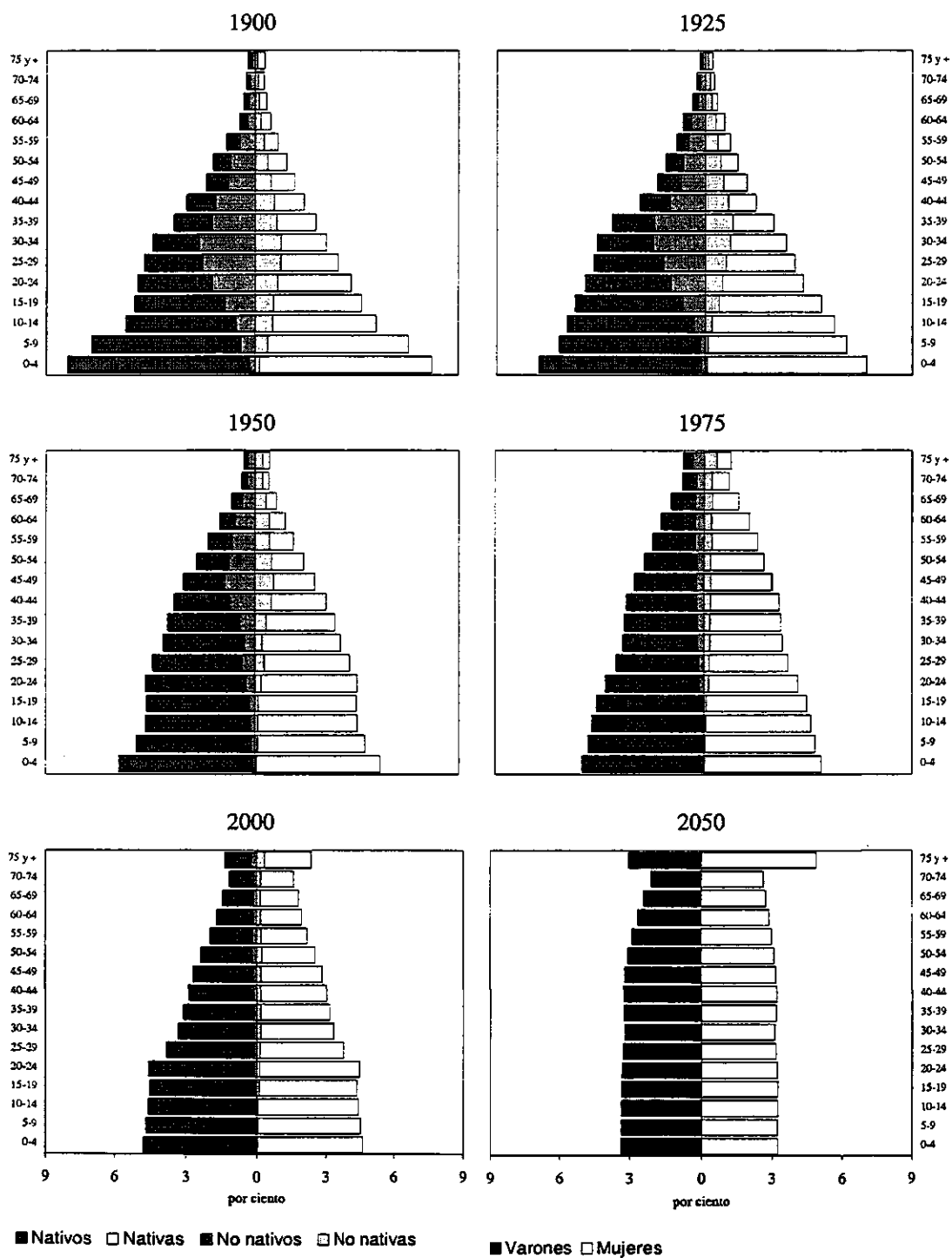
Fuente: Cuadro 2.

Gráfico 2. Tasas de envejecimiento de la población por sexo, 1920-25 a 2045-50



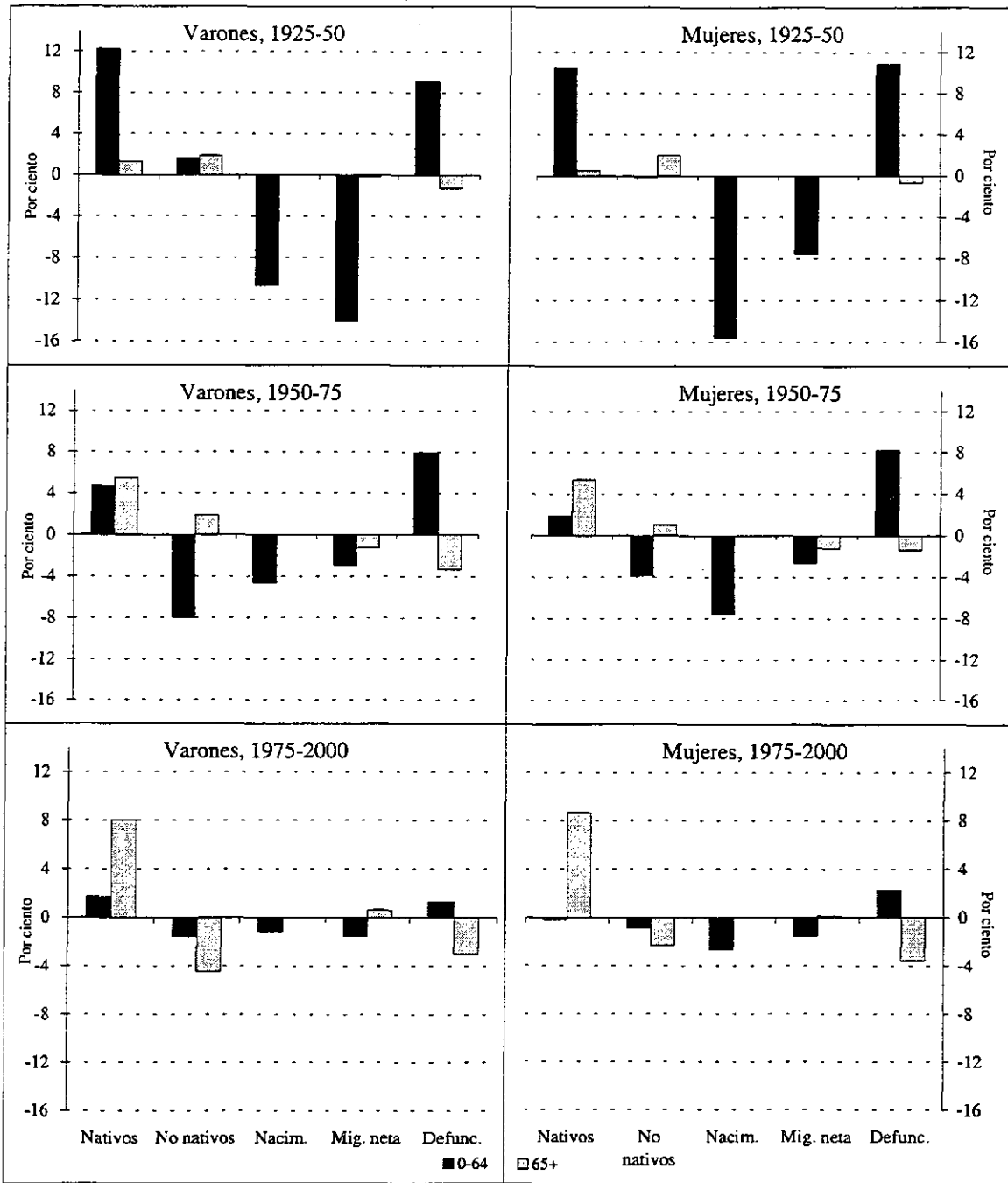
Fuente: Cuadro 2.

Gráfico 3. Estructura de la población por sexo y grupos de edad, según origen, 1900-2050



Fuente: Elaboración propia en base a Lattes (1968), Recchini de Lattes y Lattes (1969), Lattes y Nordio (1979) e INDEC-CELADE (1995).

Gráfico 4. Componentes del proceso de envejecimiento, por sexo, 1925-50, 1950-75 y 1975-2000



Fuente: cuadro 5.

I.3 ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN BRASILEÑA: OPORTUNIDADES Y DESAFÍOS *

José Alberto Magno de Carvalho **
Flávia Cristina Drumond Andrade ***

Nota introductoria

Brasil experimentó, entre los años 40 y 60, descensos importantes en la mortalidad y relativa estabilidad en la fecundidad, lo que resultó en un aumento del crecimiento poblacional sin cambios de monta en su composición por edad. Durante ese periodo, la población se caracterizó por ser sumamente joven: aproximadamente 52% del total de la población tenía menos de 20 años de edad y menos de 3% era mayor de 65 años. Al iniciarse la década de 60, sin embargo, el país empezó a mostrar una fecundidad con niveles en acentuado y continuo descenso, iniciándose, así, un rápido proceso de envejecimiento de su población. Esta reciente transformación en la dinámica demográfica brasileña ha suscitado amplios debates con relación a los cambios que deben operarse en las demandas sociales causados por el menor ritmo de crecimiento de la población y los profundos cambios en su distribución por edad. Según las proyecciones más recientes, el Brasil experimentará, hasta la segunda década del próximo siglo reducciones significantes en las razones de dependencia, hecho que se constituye en una oportunidad *sui generis* de resolver, o por lo menos, reducir sus enormes problemas sociales y prepararse para los nuevos desafíos, siendo el más grande el envejecimiento de la población. En suma, el envejecimiento de la población brasileña, representado por el aumento relativo de las personas más viejas, paralelamente a la reducción de la participación de los jóvenes en el total de la población, impondrá grandes transformaciones en la composición de las demandas sociales.

En este sentido, el presente trabajo discute, brevemente, el concepto de envejecimiento; presenta, después, las tendencias de la población brasileña según sus cinco grandes regiones geográficas (Ver Mapa 1), con particular atención para su proceso de envejecimiento; se discute, además, el proceso brasileño en el contexto internacional; y, finalmente, se busca evaluar los posibles cambios en el volumen y composición de las demandas sociales, teniendo en vista que el envejecimiento poblacional demandará un re-direccionamiento de las diversas esferas de la sociedad - la familia, el sector privado y el gubernamental - con relación a las necesidades crecientes de este segmento.

1. El concepto de envejecimiento

Individualmente, envejecer significa aumentar el número de años vividos; obviamente, coexisten, paralelamente a la evolución cronológica, fenómenos de naturaleza bio-psíquica (niñez, juventud, madurez y senectud) y social importantes para la percepción de la edad y del envejecimiento (Moreira, 1997).

* Trabajo desarrollado en el ámbito del Proyecto "La Dinámica Demográfica, Desarrollo Regional y Políticas Públicas" (PRONEX/CEDEPLAR/UFMG, 41/96/0892). Los autores agradecen los comentarios y sugerencias de la Profesora Laura Wong. También a Bernardo P. C. Diniz, del Area de Iniciación Científica de PRONEX, por la elaboración del Mapa 1.

** Profesor titular del Departamento de Demografía/UFMG e investigador del CEDEPLAR/UFMG (e-mail: carvalho@cedeplar.ufmg.br).

*** Investigadora asistente del CEDEPLAR/UFMG (e-mail: chica@cedeplar.ufmg.br).

En sociedades occidentales es común asociar el envejecimiento a la salida de la vida productiva a través de la jubilación, considerando viejos, así, a los individuos que alcanzan los 60/70 años de edad; el límite inferior para que el individuo sea denominado anciano varía, pero, en general, se localiza entre los 60 y 65 años. Individualmente, de cualquier manera, es difícil caracterizar a una persona como vieja considerando únicamente la edad como criterio. La Tercera Edad, como se le conoce a este segmento, es, además, un grupo de individuos diferenciados entre sí, tanto socioeconómicamente como demográfica y epidemiológicamente. Cuando se consideran indicadores sociales y demográficos, por ejemplo, los diferenciales según sexo, educación, ingreso, etc. suelen ser expresivos (Parahyba, 1997). Entre los segmentos de clase alta, es común encontrar personas mayores aprovechando su jubilación para viajar, disfrutar de la convivencia familiar o, aun, iniciarse en actividades profesionales menos estresantes. Entre las clases menos favorecidas, el anciano, frecuentemente, se mantiene por más tiempo - y muchas veces de manera, material y físicamente, precaria - en el mercado de trabajo.

La vejez, por otro lado, puede ser vista como limitaciones desde el punto de vista biológico (fragilidad y/o invalidez), psicológico (reducción de las habilidades mentales) y de comportamiento (asociado al aislamiento) (Moreira, 1997). El uso de estos puntos de vista para la definición de un individuo como anciano se muestra operacionalmente inviable, lo que deja como alternativa la variable edad. Esta, a pesar de mostrarse como un indicador grueso e impreciso, es de gran utilidad para marcar las fases de la vida, teniendo en cuenta la necesidad de una definición operacional simple para el entendimiento del fenómeno del envejecimiento de manera agregada.

En la población como un todo, el envejecimiento se da cuando su edad promedio aumenta; al mismo tiempo, el proceso de envejecimiento de la estructura por edad puede verse a través de dos ópticas: por la base, al evaluar la disminución en la proporción de jóvenes; y por la cumbre, evaluando la variación en la proporción de las personas de mayor edad.

Entre las medidas de envejecimiento más usadas, están: la proporción de ancianos (mayores de 65 años), la razón de la dependencia de ancianos¹ y índice de ancianos². Cada uno de ellos presenta sus ventajas y limitaciones. En general, se usa en este trabajo, la razón de dependencia, en primer lugar, porque interesa discutir los gastos sociales. En segundo lugar, porque facilita su asociación con la actividad económica, permitiendo, de esta manera, comparaciones e inferencias mas allá de las simplemente demográficas. Se usa, adicionalmente, la proporción de ancianos y jóvenes, así como el índice de ancianos para ilustrar el proceso de envejecimiento.

2. Las recientes transformaciones: 1950/1996

Brasil, tal como se mencionó al inicio de este documento, experimentó durante las décadas 40 y 60, un descenso importante en la mortalidad y una relativa estabilidad en la fecundidad, hecho que produjo un aumento del crecimiento poblacional. La estructura de edad sufrió transformaciones pequeñas en ese periodo que podría ser considerado *cuasi-estable*. Como el

¹ La razón de dependencia de ancianos (RDA) es la relación entre los mayores de 65 años y los de 15-64 años; la razón de dependencia de jóvenes (RDJ) es la relación entre los menores de 15 años y los de 15-64 años. La razón de dependencia total (RDT) es la suma de las dos razones anteriores.

² El índice de ancianos refiérese al grupo de edad de 65 años y más con respecto al grupo menor de 15 años.

descenso de la mortalidad se concentró básicamente en los grupos de edad más jóvenes, entre 1950 y 1960, hubo un aumento entre los menores 15 años (Cuadro 1). El efecto de una reducción de la mortalidad en estas edades, es similar a un aumento en la fecundidad; es decir aumentan, proporcionalmente, los grupos de edad más jóvenes. El grupo de ancianos, de cualquier forma, también aumentó ligeramente su participación entre 1950 y 1960. En general, estas transformaciones fueron relativamente pequeñas si son comparadas a los periodos posteriores.

A partir de la década de 60, este panorama empezó a cambiar de manera significativa debido a la transición de la fecundidad brasileña hacia niveles bajos. Esta, se inició en las áreas desarrolladas y entre las clases más privilegiadas, y se extendió, poco después, para las otras áreas y clases. Las regiones Sudeste y Sur fueron las pioneras de este proceso y en los años 70, la transición alcanzó el Centro-Oeste. Con cierto atraso - en los años 80 - pero con relativamente más rapidez, las regiones Norte y Nordeste acabaron por integrarse a esta, entonces, generalizada transición de la fecundidad (Wong, 1998).

En 1970, las mujeres brasileñas tenían, en promedio, 5,8 niños; diez años después este valor pasó para 4,3, o sea, una reducción de 26%. A pesar de Brasil, como un todo, haber mostrado en las últimas décadas, una generalizada caída en los niveles de fecundidad, diferenciales inter regionales todavía existen. Las regiones Sudeste y Sur durante los años 90 han alcanzado una situación próxima a la de reemplazo, mientras que el Norte y el Nordeste están con niveles medios de fecundidad (Ver Cuadro 2). Como estas regiones empezaron el proceso de transición de la fecundidad más tardíamente, es en ellas donde se dan los mayores descensos en la Tasa Global de Fecundidad (TGF) en los periodos 1980/91 y 1991/96.

Aunque el descenso en el nivel de fecundidad no fué precedido de mejoras económicas en los grupos sociales involucrados en el proceso, los determinantes de este descenso, según varios estudios disponibles³, estarían asociados a factores tales como: el aumento de la escolaridad, mayor participación de las mujeres en fuerza de trabajo, mayor concientización de los derechos de la mujer y más acceso a medios de comunicación de masa. Este último, entendido como *proxy* de exposición a los mensajes de modernidad y, por consiguiente, a la adopción de valores que propiciarían actitudes favorables a un número pequeño de niños (Faria, Potter, 1990, Wong, 1994). Entre los llamados determinantes próximos, papel importante debe ser atribuido, sin duda, a la anticoncepción, particularmente a través de la denominada “esterilización precoz”⁴. Entre los países latinoamericanos, Brasil se configura como uno de los países de mayor uso de anticonceptivos, caracterizándose, por un patrón de uso basado esencialmente en la anticoncepción hormonal y esterilización femenina, esta última, em más alta proporción (BEMFAM/DHS, 1997).

El descenso de la fecundidad fue responsable por la reducción del ritmo de crecimiento de la población. Brasil creció a 2,9% a.a. entre 1960/70; entre 1991/96 este valor pasó a ser 1,3%. Es importante notar, sin embargo, que los grupos de edad crecen a ritmos bastante diferentes. Los menores de 15 años, aumentaron durante la década de 60 con las menores tasas, y en el más reciente periodo, comenzaron a disminuir a un ritmo de 0,6% a.a. La Tercera Edad, a su vez, al mismo tiempo que continua presentando tasas positivas, lo hace con valores significativamente

³ Ver, por ejemplo Merrick, Berquó (1983).

⁴ Vea por ejemplo, Silva et al. ;1990; Camarano, 1994.; Perpétuo, 1995.

altos (Cuadro 3). Variaciones de tal magnitud en el crecimiento por edad, por lógica, modifican profundamente la composición por edad de una población. Volviendo al Cuadro 1, puede verse, para el caso de Brasil, que, en 1960, 43% de sus habitantes eran menores de 15 años y apenas 2,7% mayores de 65 años. En 1996, el grupo de jóvenes se redujo a 32%, mientras que la Tercera Edad pasó para 5,4%. Aunque este último grupo es, todavía, una porción pequeña de la población brasileña, debe enfatizarse su alto ritmo de crecimiento y las consecuentes implicaciones sociales y económicas que su participación creciente acarrea. Sus impactos, sólo recientemente, han empezado a ser notados por la sociedad de una manera más atenta. Esta preocupación ha surgido, motivada, principalmente, por la necesidad de discutir las reformas del sistema de seguridad social brasileño. Parte de este descuido debe atribuirse, además, al hecho de estar aumentando la representatividad del segmento en edad activa, desde 1960.

En síntesis, si, entre los jóvenes, la reducción del ritmo de crecimiento se ha debido -sin duda- al descenso de la fecundidad, entre las personas mayores de 65 años, su mayor crecimiento - y aumento proporcional - se ha debido también al aumento de la sobrevivencia.

3. La trayectoria probable de la población según las grandes regiones geográficas brasileñas

Para las consideraciones siguientes, se han utilizado las proyecciones de CEDEPLAR que presuponen la continuación del proceso de descenso de la fecundidad citado anteriormente⁵. Para obtener estimaciones hasta 2050, y a título de obtener un probable panorama a largo plazo, en este ejercicio se adoptó como constantes para el periodo 2020-2050 las funciones de mortalidad y fecundidad previstas para del periodo 2015-2020 y ausencia de saldos migratorios después de este quinquenio.

El resultado de esta simulación puede verse en el Cuadro 4. Para Brasil, como un todo, se verifica, un aumento de la Tercera Edad de 5%, en 1995, para más de 8%, en 2020, y una reducción de los jóvenes de 33% para 26% en el mismo período. Mantenido las tasas de fecundidad y mortalidad del periodo 2015-2020, el envejecimiento, definitivamente, se consolidaría: los jóvenes se reducirían a 20% del total de la población y la Tercera Edad amplificaría su participación a 16% en 2050. Todas las Regiones brasileñas, con pocas diferencias, tendrían similar perfil. El Sudeste y Sur tendrían las mayores participaciones de ancianos y las menores de jóvenes; Nordeste y Centro-Oeste se encontrarían en posiciones intermedias, mientras que en el Norte el proceso de envejecimiento sería aún, incipiente.

Habría necesariamente una disminución de la razón de sexo global de la población brasileña debido a tres factores: 1- el envejecimiento de la población causado por el declinio de la fecundidad, 2- el aumento de la esperanza de vida al nacer, tanto masculina, cuanto femenina, y 3-el aumento de la sobremortalidad masculina. En 1995, 54,8% de la población brasileña era femenina, en 2050, este porcentual pasaría para 58,1%. La razón de sexo, consecuentemente,

⁵ Esta proyección, que cubre el periodo 1995-2020, supone: (a) descenso de la fecundidad irreversible con niveles de reemplazo en torno de 2010; (b) continuación del descenso de la mortalidad en todas las Regiones; y (c) migraciones internas diferenciadas por Regiones considerando las tendencias captadas hasta 1996. Detalles sobre la misma, pueden ser vistos en: CEDEPLAR, 1999.

declina, prácticamente, a lo largo del periodo considerado. Esto se da, particularmente en las Regiones Norte y Centro-Oeste para el grupo 65 años y más. (Cuadro 5).

Sintetizando, en todas las regiones, entre los ancianos, las mujeres superarían, en número, a los hombres; es decir, el proceso de envejecimiento es principalmente femenino, hecho que no debe relegarse al considerar las demandas de la Tercera Edad.

Los cambios en la composición por edad, repercuten, lógicamente, en las razones de dependencia (ver el Cuadro 6). Entre 1995 y 2020, Brasil reduciría la RDT de 60% para 47% y lo que es más, se alteraría la composición de esta razón, que como se sabe, incluye ancianos y jóvenes: en 1995, 87% de dependientes eran jóvenes y 13% ancianos; en 2020, estas participaciones se alterarían para 74% y 26%, respectivamente. Esta tendencia estaría presente en todas las regiones, con excepción del Sur, donde a partir de 2015 la tendencia se revierte: habría un ligero aumento entre 2015 y 2020. Nótese que las más acentuadas disminuciones de la RDT corresponden al Norte y Nordeste. Esto se justifica, pues, como se mencionó, tales regiones fueron las últimas a entrar en el proceso de transición de la fecundidad. Atendiendo a la composición de la RDT todas las regiones tendrían considerables aumentos en la RDA y reducciones en la RDJ.

En el periodo entre 2020-2050, Brasil sufriría aumentos en la RDT. En 2050, esta sería de 55%. Si bien es cierto que estos valores se parecen a los verificados en 1995-2000, su composición se mostraría substancialmente diferente: esta vez, tanto jóvenes como ancianos tendrían pesos similares (Ver Gráfico 1 y Cuadro 6). En las Regiones, con diferencias temporales, habría, también, aumento de las razones de dependencia. La primera a experimentar aumentos en la RDT sería la región Sur, seguida, en orden, por el Sudeste y Centro-Oeste (2020-2025); Nordeste (2025-2030); y Norte (2030-2035).

La reducción de la RDT en 2020, trae a luz la problemática del re-direccionamiento de recursos sociales a fin de promover una mejora del bienestar de la población. Es importante destacar que la disminución de la razón de dependencia, *per se*, no será capaz de resolver – o aun - minimizar los problemas sociales enfrentados por la población brasileña. Pero sí, se constituye en una gran oportunidad para tentar rescatar parte de su "deuda social", antes que las razones de dependencia se eleven nuevamente. Para tanto, deben definirse prioridades, acciones deben tomarse y programas deben desarrollarse para promover el bienestar de la población.

4. El envejecimiento brasileño en el contexto internacional⁶

A pesar de Brasil haber experimentado una transición demográfica aparentemente similar a la vivida por países europeos, lo ha hecho a una velocidad sorprendentemente mayor, tanto si considerada la mortalidad como la fecundidad⁷. Por este motivo, la transición hace sentir sus impactos mucho más rápidamente, considerando, sea la reducción del crecimiento de la población o su envejecimiento.

⁶ Para fines comparativos se usa, en esta sección, datos de las proyecciones de las Naciones Unidas (variante media) - UNITED NATIONS, 1998.

⁷ A este respecto ver Carvalho, 1998.

En 1990, había aproximadamente 5,3 mil millones de personas en el mundo, y 6,2% de ellos eran mayores de 65 años. Aproximadamente 22% de la población mundial residía en los países más desarrollados (1,2 mil millones) y 13,5% de éstos eran mayores de 65 años. La mayoría de la población del globo (78%) vivía en países menos desarrollados, y los mayores de 65 años, constituían 4,4%. Debido a esta composición, el número de ancianos era similar en los países más y menos desarrollados (154 millones y 181 millones respectivamente). Brasil, en 1995 tenía, aproximadamente 6,4 millones (6, 2% del total mundial).

Se espera para las próximas décadas una alteración significativa de esta situación. En 2050, el mundo deberá contar con más de 9 mil millones de habitantes, siendo 15,1% mayores de 65 años; gran parte de estos (80%) residirán en países menos desarrollados. Brasil solo, abrigará más de 43 millones ó 3,1% del total mundial. En términos relativos, los países más desarrollados continuarán albergando más ancianos: 24,7% de su población será mayor de 65 años, contra 13,8% en los países menos desarrollados, aunque, en números absolutos, estos últimos tendrían 1,1 mil millones. Así, si para los países más desarrollados es una cuestión de números relativos, pues sus poblaciones continuarán siendo las más envejecidas, para los menos desarrollados, será, al mismo tiempo, una cuestión de números absolutos y relativos. Esto último, porque la proporción de ancianos crecerá muy rápidamente (Cuadro 7).

Estos cambios en la estructura por edades, como se mencionó, afectarán la razón de dependencia brasileña. En 1990, la RDT de Brasil era superior a la del promedio europeo (64,2% y 49,6%, respectivamente) y era, además, diferente según su composición. En Europa, 38% de la razón de dependencia correspondía a la RDA, mientras que en Brasil, este valor era de 11%. En general, aunque la RDT de Brasil estuviese próximo del promedio mundial (62,6%), la RDA mundial de 16% implicaba que el peso económico por parte de los ancianos en Brasil era mucho menor que en el resto del mundo. Debido a su rápida transición demográfica, Brasil continuará disminuyendo su RDT de una forma más rápida, inclusive, que el promedio Latinoamericano, pero, también, con una elevación más acelerada en un momento posterior. De esa manera, al final del periodo (2050), Brasil presentará, probablemente, una RDT más alta que el promedio Latinoamericano, debido a una mayor RDA⁸ (Gráficos 2 a 4 y Cuadro 8). Obviamente, la situación brasileña, sea considerando la dependencia total o su componente por parte de los ancianos, (la RDA), sería, demográficamente, mejor que, por ejemplo, la de los países europeos. Es importante recordar, con todo, que Brasil es más pobre que los países del continente europeo y, que, por otro lado, a diferencia de Europa, pasará, en breve período de tiempo, de un país de población joven a un país de población relativamente vieja.

Comparando Brasil con los demás países de Latinoamérica (Cuadro 8), se nota la dimensión de su proceso de envejecimiento. En 1990, Brasil tenía una razón de dependencia relativamente baja si comparada, por ejemplo a Bolivia (81,2), Guatemala (94,6), Honduras (92,9), Nicaragua (95,3), Paraguay (84,1). Nótese que en estos países los jóvenes eran la inmensa mayoría de dependientes. La RDA, por otro lado, permite afirmar que Brasil se encontraba en una situación, demográficamente, favorable, si comparada a países como Argentina (14,8), Chile (9,6), Cuba (12,2) y Uruguay (18,5). Al observar el último periodo de la proyección, no obstante, vemos que sólo Cuba presentaría RDT y RDA mayores que Brasil.

⁸ Esto porque la RDJ será prácticamente igual en el resto de Latinoamérica.

Es evidente que la situación brasileña se muestra demográficamente bastante favorable si comparada estadísticamente la RDA de otros países. En 1990, España, Francia y Reino Unido, tenían una RDA superior a 40%, mientras que Alemania e Italia estaban próximos de 50%. En 2050, todos ellos tendrán, probablemente, una RDA superior a 56%, siendo que en algunos casos como Italia y España, la RDA oscilaría en torno de 75%. En Brasil este valor sería de 47,5%. Por otro lado, el desafío es mayor si se considera la velocidad del proceso de envejecimiento, aliado a los grandes números envueltos y a la, todavía, relativamente alta RDJ.

Nuevamente, la velocidad del proceso de envejecimiento brasileño puede visualizarse en el Gráfico 5 que presenta el índice de ancianos (1950=100). Durante el periodo en cuestión (1950/2050), el índice de ancianos crecería 16 veces en Brasil; 14 en Japón; 8 En Italia y 4 en Estados Unidos.

En suma, estos datos muestran la dimensión del proceso de envejecimiento brasileño y la expresividad que tendrá durante el próximo siglo; apuntan, esencialmente, para la urgencia de medidas a ser tomadas a fin de enfrentar este desafío demográfico. Teniendo en vista esta dimensión, la sociedad brasileña necesita redefinir sus políticas volcadas a los ancianos, principalmente en el área de salud y seguridad social. Finalmente, vale recordar, que no se puede tener una visión limitada al segmento de ancianos, pues los jóvenes de hoy, serán los responsables, mañana, del bienestar de los ancianos.

5. Consecuencias de los cambios de la dinámica demográfica brasileña en las demandas de la población joven y de la Tercera Edad sobre algunos servicios sociales

La certeza de que Brasil experimentará un descenso en su razón de dependencia y un cambio profundo en su composición durante las primeras décadas del siglo XXI, equivale, en la práctica, a afirmar que el país tendrá una gran oportunidad de aumentar la cobertura y calidad de sus servicios sociales.

En su primera fase, con la RDT cada vez menor, la sociedad debe procurar ampliar la atención a las necesidades nutricionales, educacionales y de salud – entre otros – de la infancia y de la juventud. Además, dado el cambio en la composición de la RDT, es importante destacar que nuevos desafíos aparecerán debido al rápido proceso de envejecimiento de la población, lo que traerá consigo grandes cambios en las demandas sociales. En la segunda fase, el envejecimiento tenderá a presionar cada vez más los sistemas de salud y seguridad social. Evidentemente, dada la velocidad de este proceso, se hace necesaria una reformulación de estos sistemas a fin de garantizar su funcionamiento en calidad y cantidad

Si bien este proceso se inició en el pasado reciente, básicamente, al caer la fecundidad, el mismo se agudizará durante las próximas décadas debido al rápido crecimiento de los mayores de 65 años. Estos cambios en la estructura de edad de Brasil afectan las relaciones intergeneracionales si se considera, al mismo tiempo, el peso de la Tercera Edad sobre la población activa y la sociedad en conjunto, y el peso, cada vez menor de los menores de 15 años.

La fecundidad en continuo descenso, al nivel familiar, facilita el destino, en promedio, de una suma mayor de recursos y cuidados a los niños. Desde el punto de vista social, la reducción de la RDJ abre una oportunidad favorable para una política en busca de la enseñanza básica y

secundaria universales. Dos observaciones deben, no obstante, recordarse: primero, aun cuando el Brasil como un todo, experimente reducciones del contingente de niños y jóvenes, habrá regiones, como el Norte y Centro-Oeste donde el número absoluto, en este segmento, aumentará. (Cuadro 9). Segundo, la cobertura de los servicios educativos o de salud, está lejos, aún, de ser satisfactoria.

Así, además de caracterizarlo como un periodo positivo para la ampliación, al nivel cuantitativo, no se puede perder de vista el momento excelente para buscar mejoras en la calidad de los servicios. Esta mejora en la asistencia a las demandas de la infancia y la juventud, principalmente en el área educativa, se constituye en una inversión fundamental para enfrentar el proceso de envejecimiento de la población, teniendo en vista que, como se mencionó, son los actuales niños y jóvenes quienes compondrán la población en edad activa en las próximas décadas. Estos serán aquellos que generarán el ingreso necesario para la promoción del bienestar de un número cada vez mayor de ancianos.

Los cambios en el comportamiento responsables por una fecundidad más baja, son, al mismo tiempo, responsables por los cambios en la demanda de servicios afines. Por ejemplo, como se dijo, la baja de la fecundidad está asociada al aumento de la participación femenina en la fuerza de trabajo. Así, incluso con un número menor de hijos, la demanda por servicios para la infancia tenderá a aumentar en algunos sectores, pudiendo citar como ejemplo, las guarderías y pre-escuelas. Por otro lado, la acentuada disminución de la fecundidad contribuye, también, con la oportunidad de dar un salto en la calidad de vida de la infancia. En primero lugar, siendo plausible esperar aumentos en la edad al casar y/o iniciar la procreación (Perpétuo, Wong, 1999), habrá una mejor conjunción entre los gastos escolares con el ciclo de vida de ingresos de los padres. Esta optimización se da porque, al nacimiento de los niños, las parejas se encuentran ya en una fase más estable de la carrera profesional y la fecundidad puede ser mejor planeada. En segundo lugar, debido a esa misma disminución de la fecundidad, se tiene un mayor espaciamiento en el intervalo de nacimientos, lo que facilita la distribución de los recursos los mismos (Carvalho, Wong, 1995).

El grupo de edades 15-64 tiende a presentar demandas sociales menores, pues es la población en edad activa. Sin embargo, la tasas de desempleo creciente levantan la necesidad de políticas orientadas a seguridad social para los desempleados, programas de calificación, etc.

Los ancianos, a su vez, probablemente representarán aproximadamente 16% de la población brasileña en 2050 (Cuadro 4). En términos absolutos, los mayores de 65 años que representan en la actualidad, aproximadamente 8 millones, se convertirán en 38,5 millones, en 2050 (CEDEPLAR, 1999). Ese aumento, significativo en volumen, transformará a la Tercera Edad en una de las mayores fuentes de crecientes demandas sociales. Además, es importante destacar que a partir de la segunda década de próximo siglo, la razón de dependencia estaría aumentando de nuevo, lo que traerá adicionales preocupaciones con relación a las necesidades de la Tercera Edad. Los ancianos de las primeras décadas de próximo siglo serán, en su mayoría, responsables por la disminución de la fecundidad, de tal suerte, que, el papel de la familia, de proporcionar bienestar material y psicológico, estará en manos de un número marcadamente reducido de hijos. Una forma de minimizar esta presión es el incentivo a la formación de instituciones de apoyo al anciano, sea promoviendo actividades de recreación y descanso, sea ampliando el número de casas de retiro o asilos. Desde el punto de vista social, los gastos tenderán a aumentar, pues

aumentarán los gastos en seguridad social y porque, además, los servicios de salud orientados a la Tercera Edad suelen ser mucho más caros que aquellos dedicados a otros grupos de edad.

Teniendo en vista los cambios en la estructura por edad, el Brasil debe experimentar, en las próximas décadas, cambios en su perfil de morbi-mortalidad, independientemente de la transición epidemiológica ora en curso. De modo general, el envejecimiento de la población hace aumentar la importancia relativa de las enfermedades crónico-degenerativas. En este sentido, el envejecimiento de la población tenderá a impactar fuertemente sobre los gastos en el área de salud. Esto ocurre, porque los gastos *per capita* con tratamientos de salud entre los ancianos son mucho más elevados, dado que las enfermedades que más incidem sobre estos, exigen altos gastos en sus tratamientos sea con equipamientos, medicamentos e personal especializado y, además de esto, gran parte de ellas requieren períodos de internación que se muestran extremadamente costosos. De esta forma, la sociedad debe invertir en la ampliación de programas de control arterial, alcoholismo, tabaquismo, como también en exámenes que *visem* el diagnóstico precoz, como forma de reducción de los gastos en el sector de la salud. Medidas de prevención e saneamiento también deben ser adoptadas, como medio de reducir la morbilidad/mortalidad por enfermedades infecciosas e parasitarias.

Respecto a los gastos en seguridad social, se espera un gran aumento en el volumen de beneficios demandados, dado el aumento, en volumen, de la Tercera Edad. La cuestión no se resume a los números absolutos, pues su tamaño con relación a la fuerza de trabajo es de relevancia extrema. Recientemente, ha aumentando, en la sociedad, la conciencia sobre la necesidad de encontrar alternativas a fin de garantizar a las generaciones futuras un sistema sólido de seguridad social, pues tal como está estructurado, el actual sistema es poco viable en un futuro cercano. En otras palabras, urge una reflexión acerca de la necesidad de una completa reformulación del sistema para garantizar los beneficios de las generaciones futuras de ancianos.

Además de dar mejor seguridad social a la población, la búsqueda de un ajuste en las cuentas de este sistema es de la mayor importancia, pues así, habrá más recursos para invertir en educación, salud, asistencia social, infraestructura y en otros sectores que benefician a toda la población. Para esto, considérese que el actual sistema de seguridad social brasileño se basa en el principio de repartición simple; en este régimen, la distribución de edad es más importante que la esperanza de vida. De lo que se deriva que las transformaciones, por las cuales la estructura por edad está pasando, coloca grandes desafíos al actual sistema de seguridad social. Este, por ser, formalmente, extremadamente liberal, no tiene condiciones, sin sufrir reformas profundas, de atender a las necesidades futuras de las crecientes generaciones de ancianos.

Otro aspecto importante que surge hoy, tiene que ver con el crecimiento del mercado informal, que, al hacerlo, disminuye el número de contribuyentes, *vis a vis*, el de beneficiarios, agravando aún más la situación. De acuerdo con Ornélas (1998), esta relación ya fue de diez a uno y se acerca peligrosamente, en el Brasil como un todo, a la inestable relación de uno a uno. Adicionalmente, no está demás recordarlo, la mayor longevidad de la población, debido a la mejora de las condiciones de vida presionará, más aún al sistema.

6. Consideraciones finales

Como se evidenció a lo largo del trabajo, la primera fase de la transición de la fecundidad crea condiciones favorables para resolver problemas sociales serios que afligen al Brasil, particularmente aquellos que afectan a la población joven. En una segunda fase, el envejecimiento significativo de la población requerirá nuevos arreglos sociales, particularmente asociados a la seguridad social.

El peligro derivado de la circunstancia, demográficamente positiva, que significa experimentar disminuciones en las razones de dependencia, es que se use este argumento para reducir gastos en el área social, principalmente aquellos destinados a la infancia y la juventud. En realidad, la cuestión es diametralmente opuesta. La sociedad debe aprovechar para ampliar sus gastos, principalmente con la educación, con vistas a calificar las generaciones futuras para un mercado de trabajo cada vez más exigente y en transformación, porque ellos serán justamente los responsables por generar el ingreso necesario para promover el bienestar de una porción cada vez mayor de ancianos. La inversión actual en la infancia y la juventud necesaria y justificable *per se*, es indispensable para enfrentar con éxito el desafío del extremadamente rápido proceso de envejecimiento de la población brasileña ya en corto plazo.

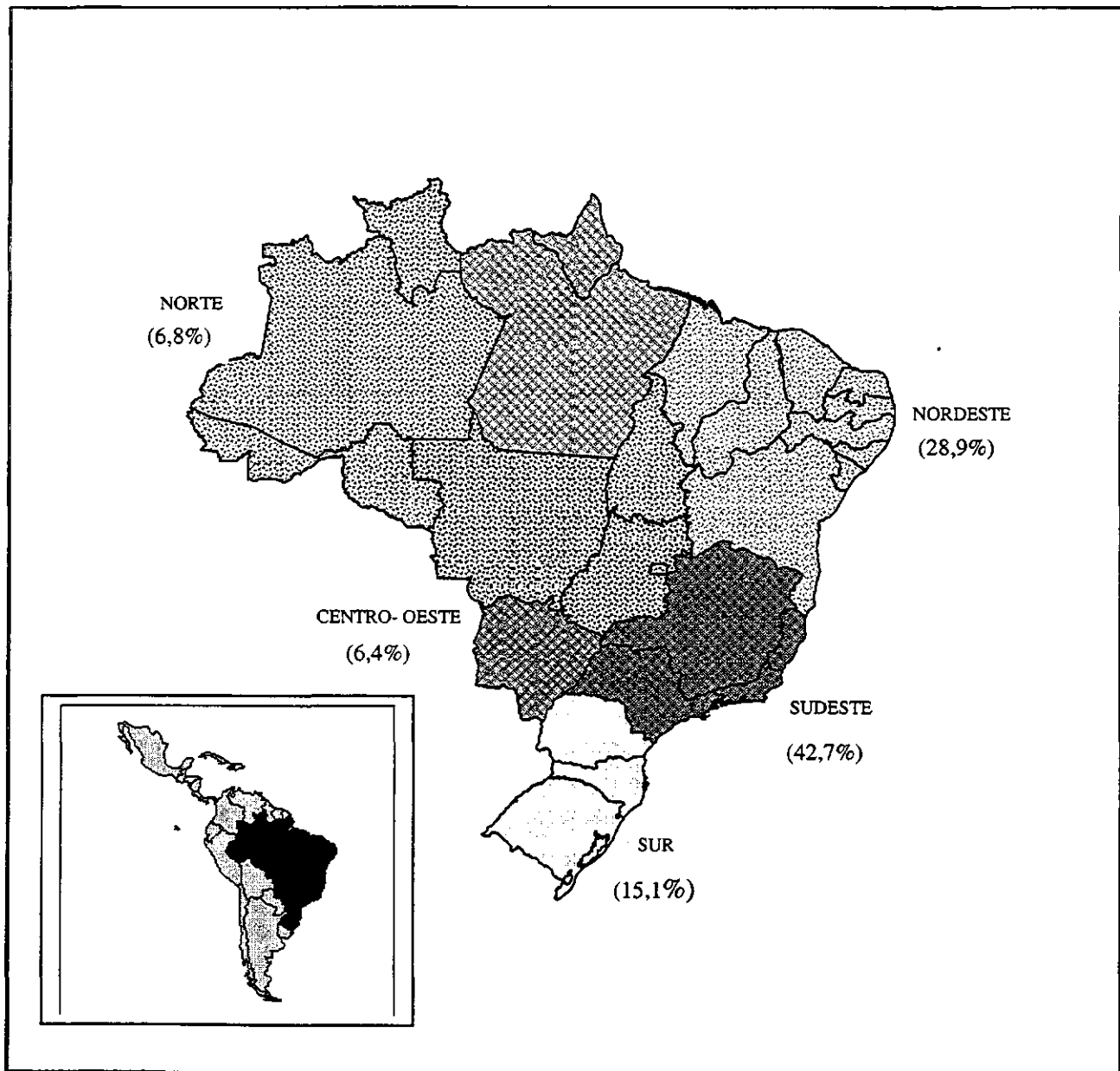
Desde el punto de vista de la Tercera Edad, las demandas son crecientes, principalmente porque contingentes cada vez mayores están exigiendo servicios de salud. Esto presiona el sistema de seguridad social y más instituciones de apoyo serán necesarias. El aumento de la longevidad en la Tercera Edad, también, debe analizarse cuidadosamente, porque el gran desafío que surge es la posibilidad de importantes aumentos en la esperanza de vida sin mejora, o incluso con deterioración, en la calidad de vida. Finalmente, los cambios en el perfil por edad de la población requieren un re-direccionamiento de las políticas públicas a fin de adaptar sus recursos a la nueva realidad de las demandas sociales.

Bibliografía

- BEMFAM, DHS (1997). Brasil: pesquisa nacional sobre demografia e saúde; 1996. Rio de Janeiro: BEMFAM; Macro International, 180p.
- Camarano, A. A. (1991): Os determinantes próximos da fecundidade nordestina: uma análise agregada. In : BEMFAM, DHS: Fecundidade, anticoncepção e mortalidade infantil: pesquisa sobre saúde familiar no nordeste. Rio de Janeiro : BEMFAM; DHS, 1994. p.37-567-553.
- Carvalho, J.A.M. (1978), Fecundidade e Mortalidade no Brasil, 1960/1970. Cedeplar, UFMG.
- Carvalho, J.A.M., Pinheiro, S.M.G. (1986), Fecundidade e Mortalidade no Brasil, 1970/1980. Cedeplar, UFMG.
- Carvalho, J.A.M., The demographics of poverty and welfare in Latin America: challenges and opportunities. In: Tokman, V.E., O'Donnell, G. (ed.), Poverty and Inequality in Latin America: Issues and New Challenges, University of Notre Dame Press, 1998.
- Carvalho, J.A.M., Wong, L. R. (1995), A window of opportunity: some demographic and socioeconomic implications of the rapid decline in Brazil, CEDEPLAR.
- CEDEPLAR (1999), Projeção Populacional por sexo e grupos de idades quinquênis, das Unidades da Federação, Brasil, 1990-2020 (mimeo). Trabalho realizado no âmbito do Projeto

- “Dinâmica Demográfica, Desenvolvimento Regional e Políticas Públicas” (PRONEX/CEDEPLAR/UFMG, 41/96/0892).
- Faria, V., Potter, J.E. (1990), Development, Government, Policy, and Fertility Regulation in Brazil. Texas Population Research Paper no. 12.02. Austin: University of Texas.
- IBGE (1995), Malha Digital do Brasil.
- Merrick, T., Berquó, E. (1983), The determinants of Brazil's rapid decline in fertility. Washington, D.C., National Academy of Science Press, 241 p.
- Moreira, M.M. (1997), Envelhecimento da população brasileira. CEDEPLAR, Belo Horizonte. Tese de doutorado.
- Ornélas, W. Previdência (1998), Reforma Essencial, homepage do Ministério da Previdência e Assistência Social, artigo publicado no Jornal O Globo.
- Parahyba, M. I.C.A. (1998), Evolução da mortalidade dos idosos. In: Anais do XI Encontro Nacional de Estudos Populacionais, Caxambu.
- Perpétuo, I.O. (1995), Esterilização Feminina: a experiência da Região Nordeste, 1980-91. Tese de doutoramento – CEDEPLAR/UFMG – Belo Horizonte.
- Perpétuo, I.O., Wong, L. R. (1999), Long-term perspectives on Brazilian fertility levels, CEDEPLAR/UFMG, Belo Horizonte (mimeo).
- Silva, N. do V., Henriques, M. A., Souza, A. (1990): An Analysis of the Reproductive Behaviour in Brazil. DHS Further Analysis Series N. 6.
- UNITED NATIONS (1998): World Population Prospects – The 1996 Revision. New York, United Nations.
- Wong, L. R. (1998), A fecundidade das regiões Norte e Nordeste - Tendências recentes e perspectivas com base nas preferências reprodutivas – Paper apresentado no Encontro Nordeste – Norte de Estudos Populacionais - Recife.

Mapa 1: Brasil: regiones y proporción de la población total, 1991.



Fuente: IBGE, Censo Demográfico, 1991 y Malha Digital do Brasil, 1995.

Cuadro 1
Población y participación relativa según grandes grupos de edad – Brasil, 1940/1996

Años	0-14	%	15-64	%	65 y más	%	Total
1940	17499800	42.6	22618790	55.0	979938	2.4	41098530
1950	21658138	41.8	28856853	55.7	1268273	2.4	51783265
1960	28690852	43.2	35965983	54.1	1786533	2.7	66443370
1970	39206301	42.1	51000593	54.8	2930900	3.1	93137796
1980	45511219	38.2	68714610	57.7	4775597	4.0	119001427
1991	50988432	34.7	88751196	60.4	7085847	4.8	146825475
1996	49538592	31.6	98723447	63.0	8406397	5.4	156668436

Fuente: IBGE, Censos Demográficos, 1940, 1950, 1960, 1970, 1980 y 1991. Censo de la Población, 1996.

Cuadro 2
Tasas Globales de Fecundidad y variación relativa, Brasil, 1980/96

Regiones	Año			Variación Relativa (%)	
	1980	1991	1996*	1980/91	1991/96
Brasil	4,34	2,85	2,50	34,2	12,37
Norte	6,43	4,15	3,33	35,5	19,76
Nordeste	6,11	3,70	3,01	39,5	18,64
Sudeste	3,44	2,35	2,21	31,8	5,96
Sur	3,63	2,52	2,41	30,6	4,27
Centro-Oeste	4,48	2,66	2,40	40,7	9,74

Fuente: Carvalho, Pinheiro, 1986, CEDEPLAR, 1999.

(*) Refiérese a 1995,5.

Cuadro 3
Tasas de crecimiento medio anual, según grupos de edad, Brasil, 1940/1991

Periodos	0-15	15-65	65 y más	Total
1940/1950	2,1	2,4	2,5	2,3
1950/1960	3,2	2,8	4,2	3,0
1960/1970	2,7	2,9	4,2	2,9
1970/1980	1,5	3,0	4,9	2,5
1980/1991	1,0	2,3	3,6	1,9
1991/1996	-0,6	2,1	3,4	1,3

Fuente: IBGE, Censos Demográficos, 1940, 1950, 1960, 1970, 1980 y 1991. Censo de Población, 1996.

Cuadro 4
Distribución relativa por edad - Brasil y regiones, 1995/2050

	1995	2000	2005	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
Brasil												
0 a 14	32,47	30,01	28,27	26,76	25,10	23,57	22,49	21,74	21,20	20,69	20,25	19,93
15 a 64	62,54	64,73	66,09	67,05	67,85	68,26	68,11	67,54	66,89	66,19	65,23	64,38
65 y más	4,98	5,25	5,65	6,18	7,05	8,17	9,40	10,72	11,92	13,12	14,52	15,68
Norte												
0 a 14	39,93	36,71	34,44	32,26	30,19	28,19	26,73	25,75	25,11	24,43	23,83	23,39
15 a 64	57,07	60,20	62,24	64,07	65,59	66,86	67,46	67,54	67,18	66,64	65,81	65,01
65 y más	3,00	3,08	3,32	3,67	4,22	4,95	5,81	6,72	7,71	8,93	10,36	11,60
Nordeste												
0 a 14	36,56	33,43	31,20	29,18	26,99	25,21	23,89	22,91	22,16	21,53	20,95	20,53
15 a 64	58,46	61,55	63,51	65,16	66,75	67,84	68,41	68,32	67,85	66,99	65,87	64,78
65 y más	4,98	5,02	5,28	5,66	6,26	6,95	7,71	8,77	9,99	11,48	13,18	14,69
Sudeste												
0 a 14	29,32	27,29	25,94	24,83	23,44	22,03	21,07	20,45	20,01	19,57	19,19	18,91
15 a 64	65,25	66,91	67,82	68,35	68,72	68,75	68,20	67,35	66,58	65,95	65,05	64,28
65 y más	5,43	5,80	6,24	6,83	7,84	9,21	10,73	12,20	13,41	14,47	15,76	16,81
Sur												
0 a 14	30,02	27,90	26,10	24,68	23,28	22,06	21,21	20,56	20,07	19,63	19,28	19,03
15 a 64	64,66	66,25	67,47	68,11	68,36	68,11	67,37	66,38	65,60	64,98	64,15	63,42
65 y más	5,32	5,85	6,43	7,21	8,36	9,83	11,42	13,06	14,34	15,39	16,57	17,55
Centro-Oeste												
0 a 14	32,70	30,19	28,37	26,96	25,37	23,79	22,74	21,94	21,39	20,86	20,47	20,17
15 a 64	63,85	65,97	67,24	67,94	68,57	68,92	68,66	67,96	67,07	66,20	65,16	64,46
65 y más	3,45	3,85	4,40	5,10	6,06	7,29	8,59	10,11	11,54	12,94	14,37	15,37

Fuente: CEDEPLAR, 1999.

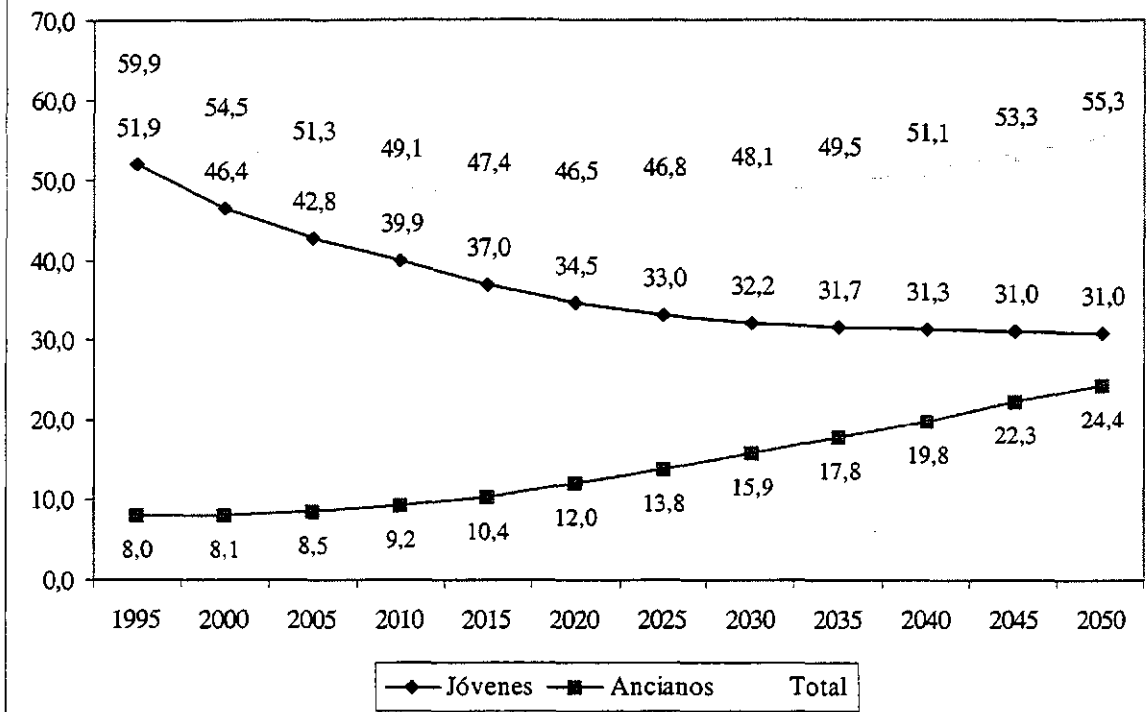
Cuadro 5

Razones de sexo según grandes grupos de edad - Brasil y regiones, 1995/2050

	1995	2000	2005	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
Brasil												
0-14	103,0	103,4	103,9	104,1	104,2	104,3	104,4	104,4	104,4	104,4	104,4	104,4
15-64	95,9	96,0	95,9	96,0	96,3	96,8	97,4	98,0	98,5	98,9	99,3	99,5
65 y más	82,4	80,4	79,3	77,7	76,3	74,1	72,8	71,7	71,3	71,1	71,7	72,2
Total	97,4	97,2	97,0	96,9	96,6	96,4	96,3	96,1	96,0	95,8	95,7	95,6
Norte												
0-14	103,2	103,4	103,9	104,0	104,2	104,3	104,4	104,4	104,4	104,4	104,4	104,4
15-64	102,8	102,1	101,1	100,6	100,2	100,0	99,7	99,7	99,8	100,0	100,2	100,3
65 y más	99,6	97,3	95,9	93,2	90,7	86,3	83,4	80,8	79,0	77,4	77,0	76,9
Total	102,8	102,4	101,9	101,4	100,9	100,5	99,9	99,5	99,1	98,8	98,4	98,2
Nordeste												
0-14	102,6	103,2	103,9	104,0	104,1	104,3	104,3	104,3	104,3	104,3	104,3	104,3
15-64	92,6	93,1	93,3	93,7	94,3	94,9	95,7	96,4	97,1	97,7	98,2	98,6
65 y más	87,1	83,7	81,6	79,6	77,5	74,3	72,2	70,6	70,0	70,4	71,5	72,6
Total	95,9	95,9	95,8	95,7	95,7	95,6	95,6	95,6	95,5	95,5	95,4	95,4
Sudeste												
0-14	103,1	103,3	103,8	104,0	104,2	104,4	104,5	104,5	104,5	104,5	104,5	104,5
15-64	95,8	95,8	95,6	95,7	96,0	96,6	97,2	97,8	98,3	98,7	99,1	99,3
65 y más	77,2	75,6	74,6	73,1	72,0	70,5	69,5	68,8	68,7	68,5	69,0	69,3
Total	96,8	96,5	96,2	95,9	95,7	95,5	95,2	95,0	94,9	94,7	94,6	94,5
Sur												
0-14	103,7	103,9	104,2	104,4	104,4	104,5	104,6	104,6	104,6	104,6	104,6	104,6
15-64	97,7	97,8	97,9	98,1	98,4	98,9	99,4	100,1	100,6	101,0	101,2	101,3
65 y más	81,4	80,9	81,0	80,5	80,0	78,6	77,6	76,5	76,0	75,9	76,5	76,9
Total	98,5	98,4	98,3	98,2	98,1	97,9	97,7	97,6	97,4	97,4	97,3	97,1
Centro-Oeste												
0-14	103,3	103,4	103,8	103,9	104,0	104,1	104,4	104,4	104,4	104,4	104,4	104,4
15-64	98,9	98,4	97,8	97,5	97,4	97,7	97,9	98,3	98,6	99,0	99,2	99,3
65 y más	99,9	95,3	92,8	88,5	84,5	79,9	78,7	76,3	74,9	73,6	73,3	72,8
Total	100,4	99,7	99,2	98,7	98,2	97,7	97,5	97,1	96,7	96,4	96,0	95,7

Fuente: CEDEPLAR, 1999.

Gráfico 1: Razones de Dependencia Total, de Jóvenes y de Ancianos, Brasil, 1995/2050



Fuente: CEDEPLAR, 1999.

Cuadro 6
Razones de dependencia de Jóvenes (RDJ), de Ancianos (RDA) y total (RDT) - Brasil y regiones, 1995/2050

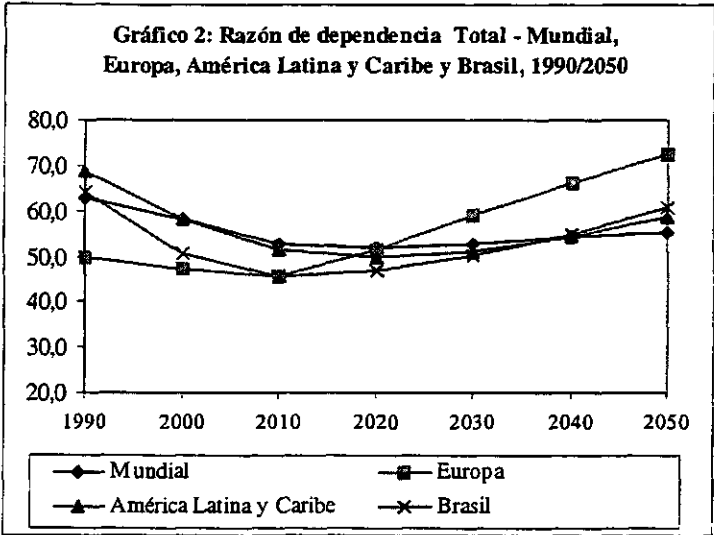
	1995	2000	2005	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
Brasil												
RDJ	51,92	46,36	42,77	39,91	36,99	34,53	33,02	32,19	31,69	31,26	31,05	30,96
RDA	7,97	8,12	8,54	9,22	10,39	11,97	13,80	15,87	17,82	19,83	22,26	24,36
RDT	59,89	54,48	51,31	49,13	47,38	46,50	46,83	48,06	49,51	51,09	53,30	55,32
Norte												
RDJ	69,97	60,98	55,33	50,36	46,03	42,17	39,63	38,12	37,37	36,65	36,21	35,98
RDA	5,25	5,12	5,34	5,73	6,43	7,41	8,62	9,95	11,48	13,40	15,74	17,84
RDT	75,22	66,10	60,67	56,09	52,46	49,57	48,24	48,07	48,85	50,05	51,95	53,82
Nordeste												
RDJ	62,54	54,31	49,13	44,79	40,44	37,16	34,92	33,53	32,66	32,13	31,80	31,68
RDA	8,51	8,16	8,32	8,69	9,38	10,25	11,27	12,84	14,72	17,14	20,00	22,68
RDT	71,05	62,47	57,45	53,48	49,82	47,41	46,19	46,36	47,38	49,28	51,81	54,37
Sudeste												
RDJ	44,94	40,78	38,26	36,33	34,11	32,05	30,89	30,36	30,05	29,68	29,51	29,42
RDA	8,32	8,67	9,20	9,99	11,41	13,40	15,74	18,11	20,13	21,94	24,23	26,14
RDT	53,26	49,45	47,46	46,31	45,52	45,44	46,62	48,47	50,19	51,62	53,74	55,56
Sur												
RDJ	46,43	42,12	38,69	36,23	34,05	32,40	31,48	30,98	30,59	30,22	30,06	30,01
RDA	8,23	8,83	9,53	10,58	12,23	14,43	16,95	19,68	21,86	23,68	25,82	27,67
RDT	54,66	50,95	48,22	46,81	46,28	46,82	48,43	50,66	52,45	53,90	55,89	57,68
Centro-Oeste												
RDJ	51,21	45,76	42,19	39,68	37,00	34,51	33,13	32,28	31,90	31,52	31,42	31,29
RDA	5,40	5,83	6,54	7,51	8,84	10,58	12,52	14,87	17,21	19,54	22,05	23,85
RDT	56,61	51,59	48,73	47,19	45,83	45,09	45,64	47,15	49,11	51,06	53,47	55,14

Fuente: CEDEPLAR, 1999.

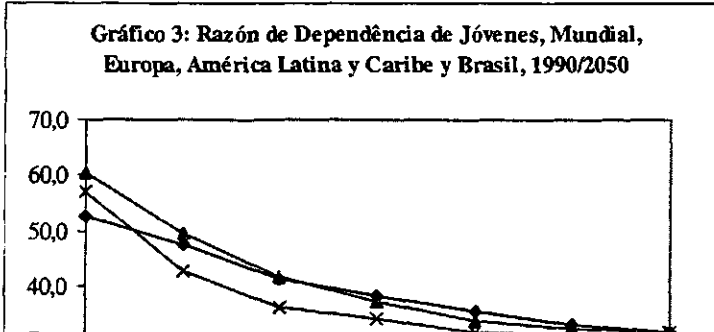
Cuadro 7
Población mundial absoluta (em miles) y relativa - Areas seleccionadas, 1990/2050

Periodo	0-14		65 y más		Total
	Absoluta	Relativa (%)	Absoluta	Relativa (%)	
Mundo					
1990	1706185	32,3	327503	6,2	5282306
2000	1827405	30,0	414212	6,8	6091351
2050	1920178	20,5	1414375	15,1	9366724
Regiones más desarrolladas					
1990	236513	20,6	154996	13,5	1148119
2000	217219	18,3	168553	14,2	1186990
2050	197496	17,0	286950	24,7	1161741
Regiones menos desarrolladas					
1990	1471771	35,6	181904	4,4	4134187
2000	1608630	32,8	245218	5,0	4904360
2050	1723046	21,0	1132288	13,8	8204983
Europa					
1990	148074	20,5	91012	12,6	722314
2000	128362	17,6	106482	14,6	729328
2050	103289	16,2	164497	25,8	637585
América Latina y Caribe					
1990	157177	35,9	20578	4,7	437820
2000	161097	31,3	27793	5,4	514688
2050	162897	20,1	135342	16,7	810433
Brasil					
1990	51505	34,8	6364	4,3	148002
2000	47546	28,1	8799	5,2	169202
2050	48165	19,8	43543	17,9	243259

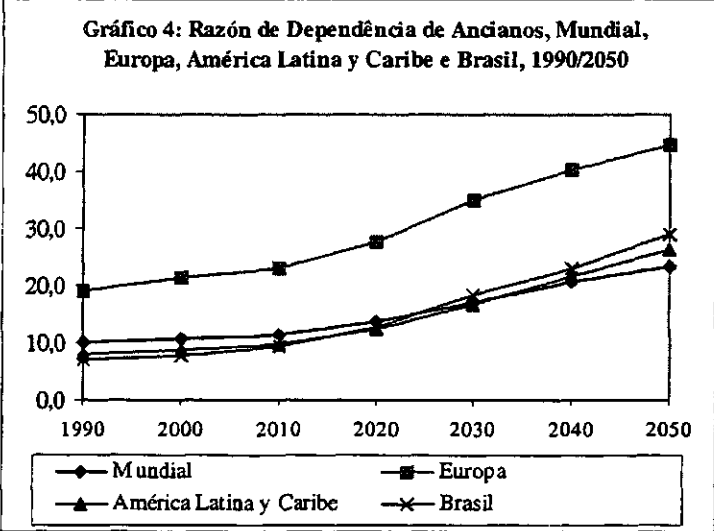
Fuente: UNITED NATIONS, 1998.



Fuente: UNITED NATIONS, 1998.



Fuente: UNITED NATIONS, 1998.

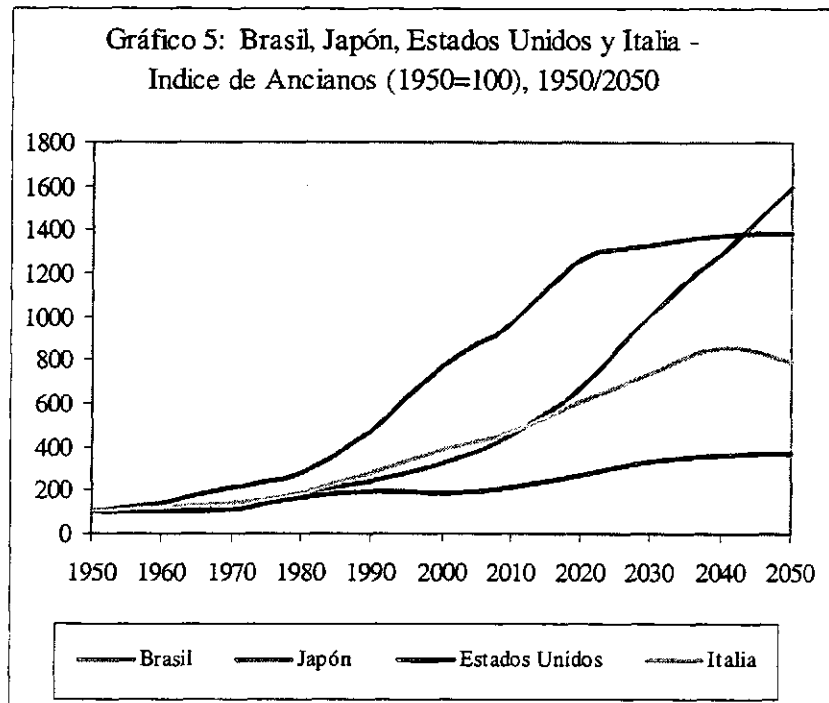


Fuente: UNITED NATIONS, 1998.

Cuadro 8: Razones de Dependencia Total, de Jóvenes y de Ancianos por regiones y países seleccionados, 1990/2050

	1990			2000			2010			2020			2030			2040			2050		
	RDJ	RDA	RDT	RDJ	RDA	RDT	RDJ	RDA	RDT	RDJ	RDA	RDT	RDJ	RDA	RDT	RDJ	RDA	RDT	RDJ	RDA	RDT
Mundo	52,6	10,0	62,6	47,4	10,8	58,2	41,4	11,2	52,6	38,3	13,6	51,9	35,7	17,0	52,7	33,4	20,8	54,2	31,9	23,5	55,4
Africa	84,7	5,9	90,6	79,8	6,0	85,8	71,8	5,9	77,7	62,8	6,4	69,2	53,1	7,6	60,7	42,7	9,0	51,7	35,7	11,6	47,3
Asia	57,7	7,7	65,4	47,0	9,0	56,0	39,3	9,8	49,1	35,1	12,4	47,5	32,6	16,4	49,0	31,3	21,5	52,8	30,8	24,7	55,5
Europa	30,7	18,9	49,6	25,8	21,5	47,3	22,7	22,9	45,6	23,5	27,8	51,3	24,1	35,0	59,1	25,8	40,4	66,2	27,9	44,6	72,5
América Latina y Caribe	60,5	8,0	68,5	49,5	8,6	58,1	41,8	9,7	51,5	37,3	12,5	49,8	34,1	16,8	50,9	32,6	21,6	54,2	31,9	26,5	58,4
América del Norte	33,1	18,6	51,7	31,9	18,7	50,6	28,4	19,3	47,7	30,4	25,7	56,1	31,3	33,5	64,8	30,7	35,0	65,7	31,1	35,9	67,0
Oceania	40,8	14,2	55,0	39,2	14,9	54,1	36,7	15,6	52,3	35,3	19,5	54,8	33,5	23,6	57,1	31,7	27,3	59,0	31,6	29,6	61,2
Brasil	57,1	7,1	64,2	42,8	7,8	50,6	36,3	9,3	45,6	34,2	12,8	47,0	32,0	18,2	50,2	31,6	23,1	54,7	32,0	28,9	60,9
Argentina	50,7	14,8	65,5	44,3	15,5	59,8	40,0	15,8	55,8	35,7	17,7	53,4	33,0	19,9	52,9	32,0	23,0	55,0	31,6	28,5	60,1
Bolivia	74,7	6,5	81,2	70,3	7,1	77,4	60,5	7,5	68,0	49,6	8,6	58,2	40,9	10,3	51,2	34,8	13,4	48,2	32,8	17,5	50,3
Chile	47,1	9,6	56,7	44,2	11,1	55,3	37,5	13,0	50,5	34,5	16,6	51,1	33,5	22,8	56,3	32,3	26,9	59,2	31,7	28,6	60,3
Colombia	59,9	7,0	66,9	51,8	7,4	59,2	42,1	8,5	50,6	37,4	12,0	49,4	34,4	17,5	51,9	32,6	22,1	54,7	31,9	25,9	57,8
Costa Rica	61,5	7,2	68,7	53,5	8,3	61,8	45,1	9,4	54,5	40,7	12,5	53,2	37,2	17,6	54,8	33,3	20,8	54,1	32,3	24,5	56,8
Cuba	33,6	12,2	45,8	30,7	13,8	44,5	24,5	17,6	42,1	23,8	23,2	47,0	24,9	32,5	57,4	27,8	47,0	74,8	29,3	45,5	74,8
República Dominicana	62,3	5,9	68,2	52,9	7,2	60,1	42,6	8,6	51,2	36,6	11,5	48,1	33,2	17,1	50,3	31,9	22,8	54,7	31,4	27,0	58,4
Ecuador	68,4	7,2	75,6	55,0	7,6	62,6	44,7	8,6	53,3	37,4	10,9	48,3	33,4	14,7	48,1	32,0	19,8	51,8	31,4	25,6	57,0
El Salvador	76,4	7,2	83,6	59,6	7,9	67,5	49,4	8,5	57,9	39,7	9,6	49,3	34,4	11,5	45,9	32,6	18,0	50,6	31,9	25,0	56,9
Guatemala	88,4	6,2	94,6	80,5	7,0	87,5	69,2	6,9	76,1	57,4	7,4	64,8	46,6	8,6	55,2	37,2	10,6	47,8	33,6	14,1	47,7
Haití	72,4	7,3	79,7	71,3	6,8	78,1	66,6	6,4	73,0	62,2	6,5	68,7	56,3	7,4	63,7	45,5	8,6	54,1	36,1	10,2	46,3
Honduras	87,2	5,7	92,9	75,9	6,3	82,2	60,2	6,7	66,9	47,7	7,7	55,4	39,5	10,1	49,6	34,2	13,7	47,9	32,4	18,7	51,1
México	67,1	6,9	74,0	53,4	7,6	61,0	43,3	9,0	52,3	36,4	11,7	48,1	33,0	16,1	49,1	32,2	22,9	55,1	31,5	28,5	60,0
Nicaragua	90,0	5,3	95,3	72,9	5,7	78,6	59,4	6,0	65,4	46,6	7,3	53,9	38,8	9,8	48,6	34,3	13,7	48,0	32,5	19,3	51,8
Panamá	59,1	8,3	67,4	49,5	8,8	58,3	40,3	10,3	50,6	34,7	13,4	48,1	32,6	18,4	51,0	31,7	24,4	56,1	31,2	28,7	59,9
Paraguay	77,3	6,8	84,1	69,4	6,1	75,5	58,9	6,5	65,4	55,2	6,9	62,1	44,6	11,2	55,8	37,1	13,5	50,6	33,3	16,9	50,2
Perú	66,3	6,9	73,2	54,0	7,8	61,8	43,6	8,9	52,5	37,1	11,0	48,1	33,3	14,7	48,0	31,7	19,9	51,6	31,1	26,1	57,2
Uruguay	41,2	18,5	59,7	37,6	20,0	57,6	35,6	19,3	54,9	33,1	19,5	52,6	32,0	21,7	53,7	31,7	24,7	56,4	31,6	28,6	60,2
Venezuela	65,6	6,3	71,9	55,3	7,2	62,5	45,3	8,4	53,7	39,0	11,6	50,6	34,5	15,7	50,2	32,7	19,7	52,4	31,6	24,6	56,2
Japón	26,4	17,2	43,6	22,2	24,2	46,4	23,6	32,3	55,9	23,6	42,0	65,6	23,4	44,0	67,4	27,4	52,6	80,0	29,3	56,5	85,8
Estados Unidos	33,4	18,9	52,3	32,3	18,8	51,1	28,8	19,2	48,0	30,8	25,4	56,2	31,5	33,0	64,5	30,9	34,4	65,3	31,1	35,2	66,3
Alemania	23,3	21,7	45,0	22,3	23,1	45,4	19,6	27,7	47,3	19,8	30,0	49,8	21,7	40,4	62,1	23,0	49,3	72,3	25,2	51,5	76,7
Italia	24,3	21,0	45,3	20,8	26,0	46,8	19,3	30,4	49,7	18,0	36,4	54,4	19,0	47,9	66,9	22,0	64,9	86,9	23,9	68,8	92,7
España	29,5	20,0	49,5	22,0	24,2	46,2	20,7	26,2	46,9	19,3	30,6	49,9	19,1	41,0	60,1	22,2	56,7	78,9	24,9	66,0	90,9
Francia	30,8	21,3	52,1	28,0	24,8	52,8	24,9	25,6	50,5	26,0	33,0	59,0	27,4	40,1	67,5	29,0	45,3	74,3	30,4	46,8	77,2
Reino Unido	29,4	24,1	53,5	28,8	24,1	52,9	26,1	25,0	51,1	27,5	30,1	57,6	29,6	36,5	66,1	30,0	40,1	70,1	30,6	39,3	69,9

Fuente: UNITED NATIONS, 1998



Fuente: UNITED NATIONS, 1994 apud Moreira (1997).

Cuadro 9
Población (em milhares), Brasil y regiones, 1995/2050

	1995	2000	2005	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
Brasil												
0-14	50.755	50.548	50.956	51.220	50.624	49.795	49.455	49.467	49.582	49.454	49.203	48.979
15-64	97.755	109.024	119.135	128.329	136.846	144.205	149.751	153.680	156.444	158.189	158.466	158.214
65 y más	7.787	8.849	10.178	11.831	14.218	17.263	20.669	24.384	27.874	31.367	35.267	38.540
Total	156.296	168.421	180.269	191.380	201.688	211.263	219.875	227.531	233.900	239.010	242.935	245.732
Norte												
0-14	4.395	4.544	4.750	4.911	5.014	5.065	5.133	5.283	5.466	5.605	5.726	5.855
15-64	6.280	7.452	8.585	9.753	10.892	12.011	12.955	13.857	14.627	15.292	15.815	16.272
65 y más	330	382	458	559	701	890	1.116	1.378	1.679	2.049	2.489	2.903
Total	11.004	12.378	13.792	15.224	16.606	17.965	19.205	20.518	21.772	22.946	24.031	25.030
Nordeste												
0-14	16.394	15.979	15.814	15.541	15.079	14.684	14.573	14.441	14.338	14.194	13.984	13.784
15-64	26.213	29.420	32.187	34.696	37.284	39.515	41.733	43.076	43.898	44.169	43.967	43.505
65 y más	2.232	2.401	2.677	3.014	3.497	4.050	4.702	5.530	6.462	7.572	8.795	9.868
Total	44.839	47.800	50.678	53.252	55.860	58.249	61.007	63.047	64.698	65.935	66.745	67.157
Sudeste												
0-14	19.532	19.518	19.785	20.028	19.806	19.383	19.110	19.054	19.023	18.879	18.692	18.514
15-64	43.466	47.861	51.718	55.135	58.059	60.482	61.868	62.749	63.295	63.610	63.344	62.931
65 y más	3.617	4.149	4.759	5.506	6.624	8.103	9.736	11.364	12.744	13.958	15.349	16.453
Total	66.616	71.529	76.262	80.668	84.489	87.968	90.713	93.166	95.062	96.447	97.385	97.897
Sur												
0-14	7.069	7.029	7.003	6.999	6.931	6.857	6.823	6.806	6.786	6.747	6.704	6.666
15-64	15.225	16.687	18.102	19.317	20.356	21.168	21.678	21.970	22.184	22.330	22.303	22.213
65 y más	1.254	1.474	1.726	2.044	2.490	3.054	3.675	4.323	4.849	5.289	5.760	6.145
Total	23.548	25.190	26.830	28.360	29.777	31.079	32.176	33.100	33.819	34.365	34.766	35.024
Centro-Oeste												
0-14	3.364	3.479	3.604	3.741	3.794	3.806	3.815	3.882	3.969	4.030	4.096	4.160
15-64	6.570	7.603	8.543	9.428	10.255	11.029	11.517	12.028	12.440	12.788	13.037	13.293
65 y más	355	443	559	708	906	1.167	1.442	1.789	2.140	2.499	2.874	3.171
Total	10.289	11.525	12.706	13.877	14.955	16.002	16.774	17.700	18.549	19.317	20.008	20.624

Fuente: CEDEPLAR, 1999.

Bibliografia

- BEMFAM, DHS (1997). Brasil: pesquisa nacional sobre demografia e saúde; 1996. Rio de Janeiro: BEMFAM; Macro International, 180p.
- Camarano, A. A. (1991): Os determinantes próximos da fecundidade nordestina: uma análise agregada. In : BEMFAM, DHS: Fecundidade, anticoncepção e mortalidade infantil: pesquisa sobre saúde familiar no nordeste. Rio de Janeiro : BEMFAM; DHS, 1994. p.37-567-553.
- Carvalho, J.A.M. (1978), Fecundidade e Mortalidade no Brasil, 1960/1970. Cedeplar, UFMG.
- Carvalho, J.A.M., Pinheiro, S.M.G. (1986), Fecundidade e Mortalidade no Brasil, 1970/1980. Cedeplar, UFMG.
- Carvalho, J.A.M., (1998) The demographics of poverty and welfare in Latin America: challenges and opportunities. In: Tokman, V.E., O'Donnell, G. (ed.), Poverty and Inequality in Latin America: Issues and New Challenges, University of Notre Dame Press.
- Carvalho, J.A.M., Wong, L. R. (1995), A window of opportunity: some demographic and socioeconomic implications of the rapid decline in Brazil, CEDEPLAR.
- CEDEPLAR (1999), Projeção Populacional por sexo e grupos de idades quinquenais, das Unidades da Federação, Brasil, 1990-2020 (mimeo). Trabalho realizado no âmbito do Projeto "Dinâmica Demográfica, Desenvolvimento Regional e Políticas Públicas" (PRONEX/CEDEPLAR/UFMG, 41/96/0892).
- Faria, V., Potter, J.E. (1990), Development, Government, Policy, and Fertility Regulation in Brazil. Texas Population Research Paper no. 12.02. Austin: University of Texas.
- IBGE (1995), Malha Digital do Brasil.
- Merrick, T., Berquó, E. (1983), The determinants of Brazil's rapid decline in fertility. Washington, D.C., National Academy of Science Press, 241 p.
- Moreira, M.M. (1997), Envelhecimento da população brasileira. CEDEPLAR, Belo Horizonte. Tese de doutorado.
- Ornélas, W. Previdência (1998), Reforma Essencial, homepage do Ministério da Previdência e Assistência Social, artigo publicado no Jornal O Globo.
- Parahyba, M. I.C.A. (1998), Evolução da mortalidade dos idosos. In: Anais do XI Encontro Nacional de Estudos Populacionais, Caxambu.
- Perpétuo, I.O. (1995), Esterilização Feminina: a experiência da Região Nordeste, 1980-91. Tese de doutoramento – CEDEPLAR/UFMG – Belo Horizonte.
- Perpétuo, I.O., Wong, L. R. (1999), Long-term perspectives on Brazilian fertility levels, CEDEPLAR/UFMG, Belo Horizonte (mimeo).
- Silva, N. do V., Henriques, M. A., Souza, A. (1990): An Analysis of the Reproductive Behaviour in Brazil. DHS Further Analysis Series N. 6.
- UNITED NATIONS (1998): World Population Prospects – The 1996 Revision. New York, United Nations.
- Wong, L. R. (1998), A fecundidade das regiões Norte e Nordeste - Tendências recentes e perspectivas com base nas preferências reprodutivas – Paper apresentado no Encontro Nordeste – Norte de Estudos Populacionais - Recife.

I.4 SITUATION AND OUTLOOK OF AGEING IN AN ADVANCED DEMOGRAPHIC TRANSITION COUNTRY: THE CASE OF ITALY

Antonio Golini¹

1. THE DEMOGRAPHIC SITUATION OF ITALY

Italy is among the countries with fastest-changing demographic structures in the world. In the country a remarkable rise in longevity is combined with a decrease in fertility which is unprecedented in recorded human history. The top of the age pyramid is thus moving higher and is increasingly crowded with individuals reaching advanced ages, while the base is narrowing as the result of extremely low fertility rates. The consequent rapid and intense ageing of the population is putting a great strain on the capacities of the society to make the necessary dynamic and profound adjustments to its social, economic, cultural and psychological structures. One of the major difficulties lies in the fact that this overall ageing - of individuals, families, the whole population and its sub-populations - has no precedent in human history. Since Italy constitutes the vanguard of this trend it cannot draw on any previous experience, except with regard to a few minor features.

The combined effects of lengthening expectation of life and decreasing fertility have made Italy, according to the most reliable and recent statistical sources, the oldest country in the world, not only because it has the highest proportion of people of 60 and over (Table 1), but also because it has the lowest proportion of people under 15 (Table 2). Several countries are close to Italy in terms of population ageing, so that this problem has now been recognized for the first time not only by individual governments, but also by international fora. It was put on the agenda of one of the last G7 summit (the world's seven most industrialized countries, now G8 with the addition of Russia) held in Denver in June 1997; it was included in the "Key actions for the further implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development" approved by the General Assembly of the UN in July 1999.

As stated above, Italy is a country in which the ageing of the population is *extremely rapid*. It is this factor above all that makes the ageing process difficult to manage, because it means that the country should be able to adapt its structures with equal rapidity. One example of this speed is that in Italy the point at which the number of over-65s "overtook" the number of under-15s (Table 2) was reached in 1994, whereas in this is expected to occur, for example, in United Kingdom in about 2009 and in the United States in about 2024. Therefore, in United Kingdom and the United States the trends affecting the old and young sectors of the population will be much more gradual, which will give these countries much more time to take awareness of the new demographic situation and to adapt to it.

This population transformation can be traced to two remarkable victories which have now been consolidated for many years. Widespread and properly regulated contraception to avoid

¹ Professor of Demography and Director, Università di Roma "La Sapienza", Dipartimento di Scienze demografiche (golini@dsd.sta.uniroma1.it).

unwanted births² and success in the control of early death³ have led in Italy to an extremely low level of fertility and a massive rise in longevity, as clearly shown in Table 3, which deals with the most populous countries in the European Union.

Table 1 - Projections of percentage of population aged 60 years and over and median age, 2000

	Percentage 60 and over	Median age (years)
Italy	24.2	40.6
Greece	23.9	39.4
Germany	23.2	40.0
Japan	23.1	41.2
United Kingdom	21.0	38.2
Russia	18.5	36.7
United States	16.4	35.8
Argentina	13.3	27.8
Chile	10.2	28.3
China	10.1	30.0

Source: Population Division, 1999a (medium variant)

Table 2 - Projections of total populations, percentages population aged under 15 and 65 and over, ageing ratio (per 100), 2000

	Total population (millions)	Percentage		Ratio 65+/ 15
		under 15	65 and over	
Italy	57.3	14.3	18.2	128
Greece	10.6	14.9	17.9	120
Germany	82.2	15.5	16.4	106
Japan	126.7	14.8	17.1	115
United Kingdom	58.8	18.8	16.0	85
Russia	146.9	18.2	12.5	69
United States	278.3	21.5	12.5	58
Argentina	37.0	27.7	9.7	35
Chile	15.2	28.5	7.2	25
China	1,277.5	24.9	6.8	27

Source: Population Division, 1999a (medium variant)

Table 3 - Average numbers of children per woman (TFR) and expectation of life at birth in some European countries, 1960-1997

Country	TFR			Expectation of life					
				M			F		
	1960	1980	1997	1960	1980	1997	1960	1980	1997
United Kingdom	2.71	1.90	1.71	67.9	70.2	74.3a	73.7	76.2	79.5a
Germany	2.37	1.56	1.32a	73.0b	79.5b
France	2.73	1.95	1.71	66.9	70.2	73.6c	73.6	78.4	81.7c
Spain	2.86	2.20	1.15	67.4	72.5	74.4	72.2	78.6	81.5
Italy	2.41	1.64	1.22	67.2	70.6	74.6d	72.3	77.4	81.0d

a: 1996; b: 1993-94; c: 1994; d: 1995 (for Italy, source: Istat)

Source: Eurostat, 1996 and 1998; Council of Europe, 1998;

² According to the last Italian fertility survey (1995-1996), more than 90 per cent of fertile females uses some form of contraception.

³ According to the last life tables (1995) 80 per cent of female deaths occur after the age of 74, while in the actual female population occur after the age of 70 (the over-70s make up 25 per cent of the population).

Spain is following the same demographic path as Italy, but even faster. The Spanish fertility is even lower than in Italy, but as the steep fall in Spain began later it has been even more rapid. The speed and intensity of this fall are the complex result of many factors, but there is no doubt that they are largely connected, as in Italy, with the emancipation of women consequent above all upon a marked rise in their educational and employment levels.

In Italy only since very few years, politicians, the ruling class (Monorchio, 1996) and the general public (Bonifazi, Menniti and Palomba, 1996) are well aware of how low Italian fertility levels are. This is due mainly not to demographers, although they have been drawing attention to this subject for many years (e.g. Golini 1979; 1989), but to the deep crisis in the welfare system and the pressing need for a reform of the social security system.

Fertility rates are falling all over the world. As was highlighted at a United Nations conference in 1997, no less than 44 per cent of the world population now have a fertility level below what is known as the replacement threshold: this means that on average couples produce less than two children, the number required to replace parents in the generational cycle. The low-fertility league table is headed by Italy and Spain, but close behind them are other Mediterranean countries, Germany and a number of Baltic and Asian countries, all with an average number of 1.1-1.4 children per couple, which theoretically could reduce the population by as much as 40 per cent every thirty years or so.

Environmentalists are rubbing their hands with glee at the prospect of such a drastic reduction of the burden of the population on the ecosystem. But a fall in population has a demographic cost. The more rapid the fall, the more rapid and intense is the ageing of families, the workforce and the population and the higher the excess of deaths over births.

If we confine our focus to a thirty-year period (the past fifteen years and the next fifteen years) - which in demographic terms is just the interval between one generation and the next, an extremely short time - we see that deaths outstrip births by an ever-greater margin. The Italian national statistical institute-ISTAT estimates that in 2012 Italy could have 473,000 births against 651,000 deaths (for 2050 the projection is 319,000 and 814,000 respectively). Starting from the present rough equilibrium (in 1997 Italy registered 540,000 births and 565,000 deaths), the natural entry and exit flows into the population system are therefore destined to be thrown severely off balance, and this will be compensated for only in part by migration.

In Italy, over the next fifteen years (Table 4):

- the overall population could increase or decrease slightly, by a total of 1.7 million (at a rate of 0.2 per cent a year), depending on future fertility levels (and migration trends). But behind this small overall variation lie great structural differences - *the number of people under 60 years of age will probably fall by 2.6 million and the number aged 60 years and over will probably rise by 2.6 million*. More specifically:
- as a result of future fertility levels the number of people under 20 years of age will continue to fall (demographic inertia will contribute to this): the fall will be slight (868,000) if fertility rises slightly; it will be sharp (2.1 million) if fertility remains steady. If fertility were to rise appreciably there might be a small rise (258,000) in this segment of the population, but over the

whole thirty-year period (1982-2012) it would fall from 16.7 to 12.0 million;

- for the first time in modern history the population of working age will decrease, and by a not negligible amount – from 32.5 to 30.7 million;

- the number and proportion of old and very old people will again show a massive increase: the over-60s will grow from 13.1 to 15.7 million. In the second of the three fertility hypotheses, considered by ISTAT to be the most probable, the proportion of over-60s in the total population would grow from the 1982 figure of 17.5 per cent to 22.8 per cent in 1997 and 27.3 per cent in 2012.

Within the general ageing of the population there will be a specific ageing of the two most important sub-populations:

- of the *workforce*, with a fall of no fewer than 4.0 million people between 20 and 39 years of age and an increase of 2.3 million between 40 and 59;

- of the *old and very old population*, given that the number of people between 60 and 79 years of age is likely to increase by 12 per cent and the over-80s by 33 per cent.

There is no doubt that the population balance may be partially restored through immigration. But though it is both convenient and inevitable, immigration, if limited to 50-100,000 people a year, can only play a secondary role in demographic terms⁴. Should it be decided to compensate entirely for demographic imbalances by means of immigration, about 300,000 immigrants a year would be required, with all the social problems that such an influx would entail.

Table 4 - Population dynamics by broad age groups estimated on the last 15 years and projected for the next 15 on the basis of three fertility hypotheses; Italy, 1982-2012

Age groups	Population (thousands)			Change (thousands)	
	1982	1997	2012	1982-97	1997-2012
			9,701 B		- 2,085
0-19	16,746	11,786	10,918 C	- 4,960	- 868
			12,044 A		+ 258
20-59	29,891	32,466	30,724 C	+ 2,575	-1,742
60+	9,887	13,097	15,667 C	+ 3,210	+ 2,570
			55,594 B		- 1,755
Total	56,524	57,349	57,309 C	+ 825	- 40
			59,010 A		+ 1,661
			<i>Specific age-group</i>		
20-39	15,532	17,695	13,667 C	+ 2,163	- 4,028
40-59	14,359	14,771	17,057 C	+ 412	+ 2,286
80+	1,252	2,359	3,500 C	+ 1,107	+ 1,141

B: low fertility hypothesis, TFR roughly similar to present level: 1.14 children per woman;

C: central fertility hypothesis, with slight increase to 1.46 children per woman;

A: hypothesis of sharp fertility rise to 1.76 children per woman.

In each fertility hypothesis ISTAT has posited:

- decreasing mortality rates, producing in 2012 an expectation of life of 76-79 years for men and 83-85 years for women;

- an average annual migratory balance per thousand inhabitants which in 2012 reaches a balance of 33-73,000 immigrants a year.

Source: ISTAT (1997)

⁴ In the early 1990s the rate of legal immigrants entering Italy was about 50,000 a year. The ISTAT projections considered here posit a positive migratory balance of 30-70,000 people a year. The IRP projections posit positive migratory balances of 50,000 and 100,000 a year, as does Eurostat.

These demographic trends will have an equally strong impact on the numbers and structure of families, whose ageing will rise as perceptibly as their average size will decrease (Table 5).

Data of Tables 4 and 5 shows the primary importance of future fertility for the structure of families and the population over the coming decades. Let us examine alternative demographic paths postulated in Table 4: one follows the hypothesis of a broadly steady fertility rate (B) and the other of a slight rise in fertility (C). We have seen that in the first case the number of people under 20 years of age would fall from 11.8 million in 1997 to 9.7 million in 2012, with an average annual decrease of 139,000, a rate of -1.3 per cent. Not only would such a sharp reduction put a severe strain on the country's capacity for dynamic adjustment of its structures and resources, starting with those in the educational sector, but in demographic terms it might even compromise the capacity of the Italian population to survive. Presenting the results of its latest research on fertility (1998), ISTAT states that the falling birth-rate is of "an intensity and persistence that tend to introduce elements of potential destabilization of our country's entire 'population system'". Even in the hypothesis of a slight rise in fertility, the number of young people would fall to 10.9 million with a reduction of 58,000 a year, i.e. a rate of -0.5 per cent. The average size of a family would be 2.3 members.

Table 5 - Family projections based on the hypothesis of constant fertility, Italy, 1997-2012

	1997	Expected change 1997-2012	2012
Number of families (thousands)	21,450	+ 2,652	24,102
Per cent of families with head aged 60+	39.6	+ 5.3	44.9
Average age of family head (years)	54.7	+ 3.0	57.7
Average number of members	2.66	- 0.35	2.31

- constant fertility hypothesis at about 1.2 children per woman.

Source: A. Golini, A. De Simoni (unpublished)

ISTAT projects that the cohort of women born in 1963 will have 1.3 children each in Northern Italy, 1.5 in Central Italy and 1.9 in the South, i.e. well below the two children per women required for zero population growth. The ageing process is so rapid and intense (Table 6) that especially in Central and Northern Italy it will be necessary to effect timely, continuous and rapid adjustments in the economic and social structures as they try to keep pace with all demographic changes.

Table 6 - Percentage of people aged 60 and over in major Italian division, 1997 and 2012

Division	Population (millions)		Percentage 60+	
	1997		1997	2012
Northern	25.5		24.6	31.8
Central	11.0		24.8	31.4
Southern	20.9		19.6	23.7
Italy	57.5		22.8	28.6

Source: as Table 5

It is now estimated that some Central and Northern regions and Sardinia are approaching a situation in which 25 per cent of women will not want (or be able) to have children - a proportion without historical precedent. And the remaining 75 per cent are increasingly orientated towards an only child. In this situation no population, from a demographic point of view, can survive in the long term unless there is continuous immigration on a large scale.

2. CHALLENGES TO SOCIETY

The great demographic changes of the past years are posing problems of greater or lesser magnitude for the entire population system. These trends now present a series of difficult challenges to society, which can be summarized in four hard questions: (i) whether Italy will succeed at least partially in providing for generational turnover, (ii) whether the welfare state and the wellbeing of present and future generations can be assured; (iii) whether foreign immigration can be handled while maintaining cohesion within the country; (iv) whether Italy will manage to maintain reasonably good relations with the developing countries (whose population, in *any event*, will grow by several billion in the next half-century).

It is the responsibility of government first of all to take up the challenge of avoiding the downward trajectory of accelerating demographic decline, but this also depends on individual and collective culture, psychology and behaviour. The fact is that demographic trends are quickly but *silently* provoking a serious "mutation" in the population that could unhinge the entire social and economic structure unless Italy adapts its structures, and does so in time.

To give again a measure of the magnitude of the great transformation in the age structure, look at what is happening in the short space of 30 years, in the space of just one generation. In 1982 Italy had 16.7 million children under 20 and 9.9 million people 60 or older; in 2012 the proportion between these age-groups will be inverted, with respectively 9.7 and 15.7 million.

3. PRESENT AND FUTURE TRENDS: DESIRABILITY AND SUSTAINABILITY

Should low fertility trends continue well into the future, then we should ask ourselves whether for the developed populations, and specially for countries with sustained low fertility, the question is first of all one of ageing, but also of a steep decline in size and if it is desirable and/or sustainable⁵. To my way of thinking the query just raised may not just be posed in terms of mere size, desirable or sustainable, of population. No certain or shared reply could be found – unless we speak of very long term (150-200 years) and therefore of a possible disappearance. A desirable and sustainable population size, or rather an optimum number, has long been sought by demographers and sociologists, economists and systemists alike, only to be left aside as this is strictly linked to changeable circumstances of that moment in time and of unforeseeable contexts in the future⁶.

⁵ In November 1997 an expert group meeting on "Below-replacement fertility" was convened by the Population Division of the United Nations to deal with facts, trends, consequences, and policies in countries with low fertility. The proceedings will be published on the UN Population Bulletin.

⁶ An historical, thorough overview of optimum of population and sustainable population can be found in Cohen (1996).

In order to come up with an answer regarding how desirable and/or sustainable in the medium-long term present trends are – from an economic, social, and cultural point of view - it may be useful to pose the question from two points: that of the *speed of variation* of the entire population and its parts, and that of the *change in balances* in the population's age structure and also in births to deaths ratio (Golini, 1998).

3.1. Speed of variation

What speed of change of the population could be defined as being sustainable and/or enduring? Referring to the empirical experience of many countries, we can note that the institutions and society as such begin to founder once the demographic growth of an entire population or segments therein go beyond a certain threshold. In other words, when for a medium to long period, let's say 20-40 years, the speed of change is "too" fast. Perhaps annual growth or decline rates of 1.5 to 2 per cent - implying the doubling or halving of the population or sub-populations in about 35-45 years - are already too fast in that what we are also asking is that the society in question is also capable of doubling or halving, whichever is the case, in the same period, a vast number of physical (houses, schools, hospitals,...) and economic structures (linked to agriculture, industry, and the services sector, and more specifically the supply and demand of goods and services), and resources both financial and human (bureaucracy, teachers, doctors and nurses,...) and so on. Both generally and empirically, the change rate, be it positive or negative, of a population and its parts, which is between 0.5 and 1.0 per cent per annum, seems to be managed in a less difficult way by the community policy makers, and central and local authorities⁷.

Somewhat schematically, possible imbalances between supply and demand linked to a steep decline in the young population and a parallel increase in the old and oldest old population is illustrated in Figure 1. A first empirical confirmation of this schema is supplied just by Italy, where the demand for education during the period of compulsory education has greatly and rapidly fallen, while supply (in terms of human, and even physical, resources) has remained constant or even increased (Figure 2). Adjustment processes with regard to the school population are to date totally inadequate, if not downright mistaken in Italy. For example, the viscosity of the social system, the trade unions, the pressures mounted by the teachers lobby and the foolishness of the government have all ensured that in Italy, between 1975 and 1993, despite a decline in the population of the compulsory school age (6 to 14 years; Figure 2 show only data for the primary school pupils aged from 6 to 10) from 7.2 million to 4.5 million, the number of teachers actually increased from 482 to 515 thousand, and global expenditure rose from 10,790 to 15,696 billion (in constant 1985 Italian lire)⁸.

The consequence is that in 1995 the annual expenditure per student (in thousand of \$ equivalent) in the primary school was 4.7 in Italy, 3.3 in UK, and 3.4 in France; the ratio of students to teaching staff in 1996 was respectively 11.2, 21.3, and 19.5 (OECD, 1998).

Figures in Table 7 clearly shows the advantage of *gradual* as opposed to marked, in terms of

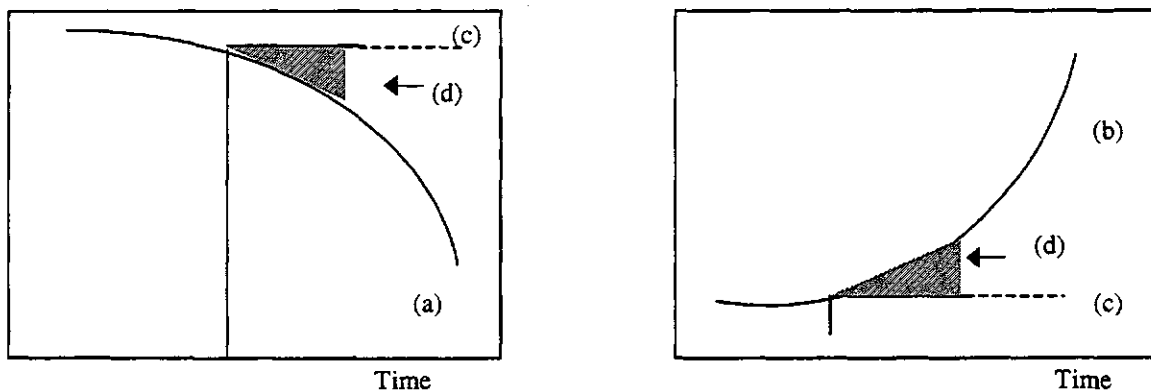
⁷ The importance of establishing an optimum *population growth*, but only for the total population and particularly for the sustainability of the social security system, has been tackled by P. A. Samuelson as early as (1975) and Deardoff (1976). In the '70s it was developed even among demographers an extensive literature on mathematics of optimum population growth and structure, also at regional level (see Micheli (1983) and references quoted in his article).

⁸ Author's elaboration on national data.

intensity and speed, changes in the population. This is clearly seen in comparing absolute changes in the young and old populations in Italy and the UK, two countries that, being among the most populous of the European Union, have experienced the most pronounced divergence's in fertility trends. Figures in Table 7 for the under 20 and over 60-year-old populations are almost self-explanatory, in need of little comment. Focusing on the historical (or almost) period from 1975 to 2000, it clearly emerges that Italy has and will have a much more difficult task in the adjustment regarding, for example, education for the young, and social and health services for the elderly.

The biggest problem is how to ensure the necessary, increasing flexibility in the management of public expenditure and human and material resources in reply to real demand. In fact, given the cohesive or tenacious nature of all systems and the lobby pressure mounted by various corporations not to lose their importance, public expenditure and the allocation of resources tend to respond to the human and material resources already existing in various sectors rather than to the real demand deriving from the demographic and health transition. Another reason for this is that public expenditure is usually organised vertically, by ministries, each of which tend to preserve, even through the budget, their power intact not to mention prestige. Within the developed world the problem of the flexible management of human resources is keenly felt within Europe, where labour markets are more rigid and protective and the custom does not exist, as in the United States, of frequently changing one's job.

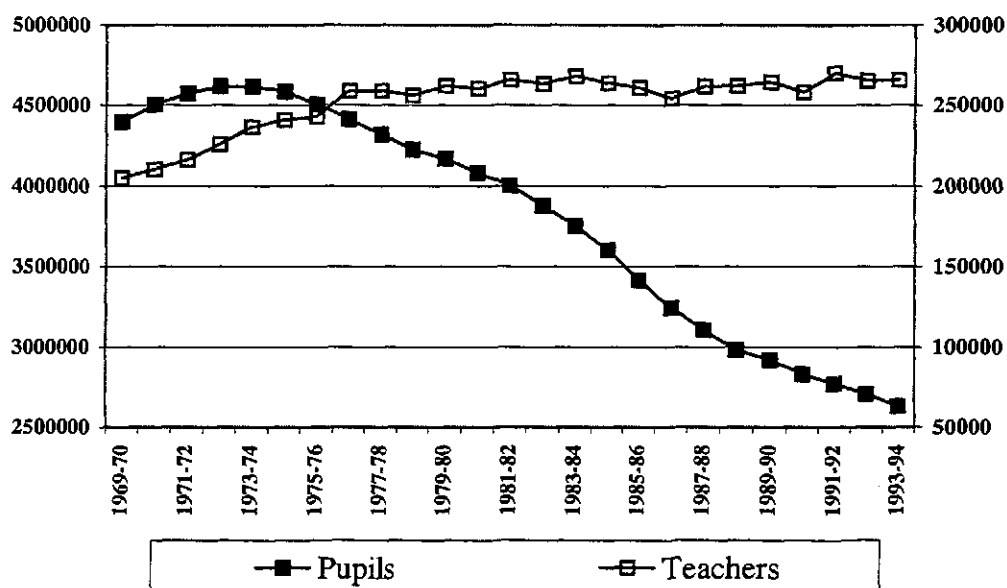
Figure 1 - A tentative schema of imbalances between a population of specific age-groups and human resources (i. e. teachers, paediatricians, geriatricians, nurses, etc.)



- Notes: (a) Possible trend of young population
 (b) Possible trend of old population
 (c) Possible trends in human and other resources starting from a balance situation at the point in time
 (d) Possible imbalances between demand and supply

Sources: Golini e Vivio, 1996

Figure 2 - Public elementary schools: pupils and teachers, 1969-70 - 1993-94 (absolute values)



Source: A. Golini, 1998.

Table 7 – Youth and elderly population in the UK and Italy, 1950-2050 (in millions)

Country	POPULATION					CHANGE	
	1950	1975	2000	2025	2050	1975 - 2000	2000 - 2025
<i>0-19 years</i>							
UK	14.6	17.3	14.7	13.3	12.2	+0.1	-2.5
Italy	16.4	17.5	11.1	8.0	6.8	-5.3	-4.3
<i>60 years and +</i>							
UK	7.9	11.0	12.3	17.0	17.7	+4.4	+5.4
Italy	5.8	9.6	13.9	17.7	17.0	+8.1	+3.1
Ratio 60+/0-19 (per cent)							
UK	54	64	84	128	145	+30	+61
Italy	35	55	125	221	250	+90	+125
<i>0-4 years</i>							
UK	4.3	4.0	3.5	3.3	3.1	-0.8	-0.4
Italy	4.3	4.3	2.6	1.9	1.6	-1.7	-1.0
<i>80 years and +</i>							
UK	0.8	1.3	2.5	3.4	5.3	+1.7	+2.8
Italy	0.5	1.1	2.3	3.9	5.8	+1.8	+3.5
Ratio 80+/0-4 (per cent)							
UK	19	33	71	103	171	+52	+100
Italy	12	26	88	205	363	+76	+241

Source: own elaboration on Population Division data (medium variant), 1999

3.2. Change in balance

3.2.1 Another aspect to tackle, with regard to whether demographic trends are desirable or sustainable, is the equilibrium between different segments of the population. To ensure a harmonious individual and collective development in psychological, cultural, social and economic terms, not to mention social cohesion, to my mind the numerical ratio between the different parts of the population should not be totally altered; a “right dose” of an intergeneration equity is also desired in terms of numbers⁹. This necessity is becoming much emphasised and, therefore, the problem of the equilibrium between the various groups of the population is being more frequently questioned on scientific and political ground, not only referring to more developed regions, but also to the less developed ones¹⁰.

This first of all applies to elderly and old people - and more in general to the Welfare State, for which concerns are very spread, felt and discussed. But, it should also be applied to the psychological, social and cultural climate in which children are increasingly “immersed” among a large number of adults and elderly who burden them with demands for affection and fuss over them, promptly satisfying their every physical and psychological need.

In Italy in 1950 there were 8.5 children under five for every person over 80-year old. In 2000 the ratio should fall to 1.3, while by 2050, according to the medium variant of Population Division projections, there may be *3.7 over 80-year olds and 11 over 60-year olds for every child under 5*. What will be the emotional environment of these children and what psychological structure can they depend on? Moreover, most of them will be only children largely deprived of the company of their peers. Child psychologists, when discussing the birth order, maintain that, when moving from the first to the second infancy, those with brothers or sisters are at a greater advantage than only children. Rivalry between siblings is the playground where we learn to satisfy basic psychological needs and seek a just, invaluable balance between the individual and society, and it is important with regard to individual creativity and the ability to work within a group. The immediate and complete satisfaction of every need can reduce the child’s threshold of independence and autonomy, generating problems of socialising and prevarication, caused by a sense of insecurity.

Given these considerations, it is easy to understand why more or less steady demographic contexts, where variations in fertility trends and, thus, in the young population are much more contained (like in UK or in France, for instance), are to be judged positively.

3.2.2. The dynamics of the old population and people of working age and the relations between these two groups in terms of the pension system need to be looked at in the long-to-very long

⁹ Naturally the “right dose”, which is hard to fix, has to be seen in dynamic terms in relation to different historical and geographical contexts.

¹⁰ A proof is to be found in the thorough and rich Report that in 1998 the UNFPA has dedicated to “The new generations”: “More young people than ever are entering their childbearing and working years. At the same time, the number and proportion of people over age 65 are increasing at an unprecedented rate. Our future will be shaped by how well families and societies meets the needs of these growing ‘new generations’: education and health – including reproductive health – for the young, and social, medical and financial support for the elderly” (UNFPA, 1998: ii).

term, because only from 2025-2030 onwards will the most severe demographic effects be felt (that is to say when the 1960s baby-boomers retire and the under-strength ranks of the 1980s and 1990s are of working age). I have to recall that since the '60s, Italian pension system is a pay-as-you-go system.

The expected dynamics of the old population and people of working age and the relations between these two groups are shown in Table 8. The main conclusions are as follows:

- the increase in the number of people of pensionable age (line "e") will be 6.3 million in the next forty years, at an average annual growth rate of +1.1 per cent;
- the decrease in the number of people of working age (line "l") will be 9.3 million, at an annual rate of -0.8 per cent;
- the combination of these two trends will lead to a sharp and rapid increase in the ratio of old people to people of working age (line "m"), a ratio that will more than double in the next forty years (from 33 to 71:100);
- other things being equal, the impact of demographic dynamics alone on the pension system will be devastating, as may also be seen from the figures on lines "n" and "o".

If it were to be decided that migratory flows should be used to stabilize the ratio of dependence of the old population at a determined level, simulations confirm the results already obtained by other analysts: this is possible only by means of massive cycles of immigration separated by the difference (about 35 years) between the average age of retirement and the average age of immigrants. After 35 years a wave of immigration would produce a wave of retirements, which would have to be met by another wave of immigrants. Moreover, in all the simulations the flows of immigrants required for long-term stabilization of the ratio of workers to pensioners are far greater - many hundreds of thousands a year - than the present flow. From a demographic point of view immigration cannot be considered as the only and decisive measure suited to stem the increase in the ratio between people of pensionable age and working age population.

Considering the question from a demographic standpoint and in terms of the impact of the population factor on the pension system, it is again clear that there is no choice but, inter alia, to raise retiring ages in the next few years. For example, adjusting the old population in such a way as to consider only the over-65s as old and pensionable would reduce the pensionable population in 2034 by 2.1 million people, and therefore increase the population of working age by the same number. However, even this measure could prove to be insufficient by 2020-30. In a different perspective, if it was decided to maintain the ratio of old people to people of a pensionable age at the 1994 level, by 2034 the retirement age would have to be shifted to 71-71 years of age for both sexes. Demographic trends therefore seem to impose a substantial raising of the retirement age.

If, as appears inevitable, there is to be a raising of the retirement age, the Italian pay-as-you-go pension system will also have to undergo profound changes. It will have to become much more flexible, if for no other reason than the fact that in the 65-75 age group chronic illness, and even disabilities, are widespread and not all old people would be able to continue full-time work in the same job. Only with the 1995 reform was some flexibility introduced into the timing and methods of retirement, and were some inroads made into the four characteristics of Italian retirement which made it virtually unique in its rigidity: it was, on the arrival of the relevant birthday, compulsory, immediate, total and early.

Table 8 - Basic demographic variables and indicators for the pension system

Aggregate population indicators	Change 1994-2034					
	1994	2014	2024	2034	Absol.	%
a-People 60+	12,508	16,060	17,606	19,304	+ 6,796	+ 54.3
b-People 65+	9,204	12,551	13,570	15,145	+ 5,941	+ 64.5
c-Males 65+	3,762	5,240	5,748	6,530	+ 2,768	+ 73.6
d-Females 60+	7,185	9,127	9,896	10,725	+ 3,540	+ 49.3
e-AP (aged population: c+d)	10,947	14,367	15,644	17,255	+ 6,308	+ 57.6
f-People 20-59	32,013	29,593	26,815	22,221	- 9,792	- 30.6
g-People 20-64	35,318	33,103	30,851	26,380	- 8,938	- 25.3
h-Males 20-64	17,524	16,608	15,552	13,355	- 4,169	- 23.8
i-Females 20-59	16,050	14,677	13,226	10,915	- 5,135	- 32.0
l-WAP (working age population: h+i)	33,574	31,285	28,778	24,270	- 9,304	-27.7
m-100 AP/WAP	32.6	45.9	54.4	71.1	+ 38.5	+ 118.1
n-100 AP/LF (1)	48.5	68.1	78.3	99.2	+ 50.7	+ 104.5
o-100 AP/EMP (2)	54.8	76.8	88.3	111.8	+ 57.0	+ 104.1

N.B. The demographic projections used here are those in the "C" fertility hypothesis (see Table 3). However, the fertility hypothesis is less important in this table because only the adult and old populations are considered.

(1) LF: Labor forces (2) EMP: Employed people. Lines "n" and "o" are based on the hypothesis - simply a scenario useful for giving an idea of the impact of demographic variables alone - that female and male employment rates (15-69 years of age) observed in 1994 remain constant.

Source: our elaboration of ISTAT and IRP data.

The raising of the retirement age to give the pension system the best possible balance and the best individual and collective conditions is also supported by indirect demographic factors. If, as seems highly probable, the family evolves as depicted in Table 5 (in the direction of marked ageing and fewer family members) and this is accompanied by a growing number of couples split by separations and divorces, which may be followed by the composition of new families, there will be a tendency towards increasing individualism, a loss of importance for family support networks and a decrease in childcare by women on the grounds of equity and because they will be increasingly busy in work outside the home. A possible scenario is therefore that people who are not self-sufficient or only partially self-sufficient will be able to rely less on the support of the family and women, and will have to resort to outside services. Pensions will therefore have to be adequate to allow people to meet medical expenses, and the proportion of the budget to be allocated to social and health services may have to be increased¹¹.

Not only has the desired and desirable extension of working age for older people not yet been achieved, but for males the real age of departure from employment has actually decreased, from 62.1 in 1965 to 58.7 in 1994. From a historical perspective we may thus observe that in Italy there has been a divergence between working and employment ages on the one hand and average

¹¹ These trends are at present clearly marked, large-scale and therefore irreversible, at least in the medium term. It is therefore necessary, as is being attempted at a legislative level, to strengthen voluntary work and non-profit-making care for non-self-sufficient old people and all those suffering from physical, cognitive or psychological disabilities.

longevity trends on the other. This has dramatically increased the period in which people draw pensions - real retirement age has fallen and the average length of life after this age has substantially increased. As regards the prospect of working old people, the country is therefore moving in exactly the opposite direction to the one hoped for, in addition to which the increasingly late stage at which young people enter employment is drastically reducing the length of time over which pension contributions are paid¹².

In this regard it must be borne in mind that the "market"¹³ is tending towards diminished employment of older people. This trend is common to virtually the whole of the western world, but it is especially accentuated in Italy. Apart from the forces that tend to expel adults and older people from the employment market and replace them, at least partially, with younger workers, the fact remains that in Italy activity rates of older people are far lower than in any other country. In 1995 the percentage of people aged 60 and over who are in the labor force is 15 for men and 4 for women (respectively 23 and 10 in the more developed regions as a whole) (Population Division, 1999b). In my view the underlying causes of this phenomenon are the low age of retirement, the characteristics of retirement, the remarkable rigidity of the employment market and in particular the lack of part-time work.

A reform of the pension system is not enough. The labor market has to be changed to facilitate people nearing the age of retirement in the achievement of a gradual transition from full-time work to full-time rest, helping old people to find part-time work if they want it and encouraging *horizontal professional mobility* (that would, for example, lead old people into low-technology and non-computerized service work).

Another question involved in the relations between demography and social security is pensions transferred to the surviving members of couples. These are also closely linked to demographic trends: on the one hand the falling death rate means higher ages at death and higher ages at which the surviving spouse receives the transferred pension, and on the other hand lengthening expectation of life extend the period over which that pension is drawn. In discussions of the current and prospective problems of the pension system, non-specialists often fail to consider that the length of an old-age or job-related pension is on average much longer than the life of the individual to whom it is originally assigned. An analysis of the widow population shows that the 190,000 married men who die in Italy each year, at an average age of 71, have drawn a job-related pension for 11-12 years and that this pension, drawn by the widow, survives them for about 17 years.

All these conclusions are, of course, tied to mortality trends (as well as to illness and disability) in adults and old people, and these trends should be monitored continuously and closely. In all the demographic projections recently made on the Italian population mortality is considered to be falling. This produces a further, but not too marked, increase in average expectation of life, an increase which is given a similar quantification by all the research bodies involved.

The lengthening expectation of life and conservation of sound health so far enjoyed by the Italian

¹² Referring to period figures (rather than cohort figures, which would be more proper), we observe that between 1965 and 1994 the average number of years spent in employment dropped from about 41 to about 35 for males, while for females it remained fairly steady at 32 years.

¹³ Here understood as the combination of forces determining individuals' participation in work.

population are not the automatic and obvious result of “progress”, but something conquered gradually through good living conditions and efficient health and social services. In this field the policy for old people should be increasingly an *integrated social-health policy*, and government decisions on charges for prescriptions and medical services should be made with extreme caution because they affect a population which is increasingly old and therefore increasingly vulnerable.

4. FERTILITY AS KEYSTONE OF CURRENT AND FUTURE DEMOGRAPHIC TRENDS

What is needed is a broad and detailed assessment of the short-, medium- and above all long-term desirability and sustainability of these demographic trends, from all points of view and on an interdisciplinary basis. There are various factors leading to the conclusion that they are neither desirable nor sustainable (Golini 1997), and therefore that it may be necessary to attempt to encourage a recovery in fertility rates sufficient at least to bring Italy to the French and British level, i.e. about 1.7 children per woman.

Politically proper and acceptable proposals should start from the question as to whether today in Italian society women’s interests have been put in intrinsic contradiction with those of children and society. I think it can be said that they have. We must therefore ask ourselves how these divergent interests - those of individual women and the collectivity - can be reconciled and what policies, including cultural policies, are required to achieve this.

It is necessary first of all to remove the penalties that discourage or prevent women’s choice to procreate. Changes are required in social policies and the organization of social structures (especially in services for mothers with infant children and the organization of time) and in the labor market (part-time work must be rendered an easy and reversible choice for men and women alike). But what is also required is a change in male attitudes and behavior. Men must be induced to take a full share in domestic work and childcare, hitherto assigned by culture and tradition to women.

Secondly, the welfare system has to be changed. Couples who voluntarily refrain from having children or have an only child are in practice currently rewarded by the state. During their working lives they enjoy a higher standard of living (and more free time) than couples with two or three children, and then enjoy pensions paid for by the children of couples who made the sacrifice of having them (Livi Bacci, 1997). The grant of family allowances or fiscal deductions to families with children would not only reduce the economic gap between families with children and families without them, but would also bear witness to the state’s interest in and commitment to procreation and child-rearing.

Finally, policies have to be devised in education, employment and the housing market to put an end to the chronic extension of the time required for young people to gain their independence (44 per cent of 30-year old males still live with their parents) and indeed to shorten that time (Livi Bacci 1997).

But it is only recently that politicians and government authorities have begun to pay any attention to the present and future problems posed by Italy’s low birth-rate. The path to a concrete and incisive political effort to modify the current trends seems long and fraught with difficulties. This

is partly because these trends are to a large extent the product of cultural attitudes: people are moving towards the model of the only child, so that in the short and medium period it seems “impossible” that one Italian woman in four would have to have at least three children, a necessary proportion to reach French and British fertility levels approximately.

5. THE IMPACT OF AGEING ON THE INTERNATIONAL COMPETITIVENESS

The sustainability of Italian demographic trends (and the desirability of raising the age of retirement) and their impact on the labor market should not be seen only from a domestic point of view. They must also be reviewed in the context of the rest of the world, throw up, inter alia, the problem of international competitiveness.

Over the next two decades the expected fall of the working age population in Italy and the rest of the EU, and its intense ageing, caused by the sharp fall in the numbers of the 20-29 age group (and to a lesser extent the 30-39 group) and by the parallel and equally intense increase of the 40-64 age group (Table 9) present a number of opportunities and raise further questions and problems. In fact, in each of the fifteen years from 1997 to 2012 should occur an *average annual* decrease of 269,000 young adults (from 20 to 39 years) and a parallel increase of 179,000 people between 40 and 64.

Table 9 - Dynamics and ageing of working age population, Italy 1997-2012

Age groups	Absolute values (thousands)		Change	
	1997	2012	Absolute	%
20-29 years	8,852	5,840	- 3,012	- 34.0
30-39 “	8,843	7,827	- 1,016	- 11.5
40-49 “	7,721	9,317	+ 1,596	+ 20.7
50-59 “	7,049	7,738	+ 689	+ 9.8
60-64 “	3,268	3,668	+ 400	+ 8.2
Total	35,744	34,394	- 1,350	- 3.8

Source: ISTAT (1997)

On one hand the reduction of the population of working age, which will be massive in the 20-30 age group (4 million young people in fifteen years), could happily coincide with the decreasing demand for labor caused by the spread of new computer technology even to the service sector. This reduction could help bring down unemployment, especially among young people; the equation “a falling population equals falling unemployment” was put forward at a recent European Union meeting¹⁴.

On the other hand it is necessary to ascertain the relation between the average age of workers and productivity, especially in the use of new technology, and what additional costs may accrue to companies, considering that the greater the age and seniority of the worker, the higher his pay.

There also remains the problem of continuous and rapid technological innovation and the computer revolution - besides the great changes in family structure and dynamics - that require

¹⁴ On October 1st 1996 at a meeting in Brussels on the consequences of population ageing, there was a presentation of an in-depth French analysis of the impact of falling numbers of people of working age on unemployment in the EU. The conclusion of the meeting is the one reported above.

continuous and progressive adaptation in individual and collective lives. This entails reconsideration and reassessment of personal situations, conditions and expectations and therefore behavior - psychological, cultural, professional, intra-family and interpersonal - that not all individuals and collectivities manage to achieve with equal rapidity or effectiveness. The effort and difficulty for the population of continual psychological and cultural adaptation derive partly from the fact that it is a population that is getting perceptibly older and reaching ages at which flexibility and adaptation require more effort and are less effective because - as Piaget states - people of that age live more on experience than learning.

The problem of reconciling the continuing presence of old people in work with the ageing of the individual, the family and the population is therefore a real one.

I may therefore conclude that in the first place the EU, and within it Italy in particular, will be faced with fierce competition on the employment market in terms of labor costs and productive capacity in the advanced sectors, and equally strong migratory pressure. During the next twenty years, the expected *increase* in working age population of India is greater than the whole *stock* of working age population of European Union. Between 2000 and 2020 population aged 20 to 39 should pass from 17.1 millions to 11.1 in Italy and from 16.8 to 31.1 in Ethiopia.

The European Union and its weaker countries in economic and /or demographic trend could find themselves crushed between the technologically advanced countries, such as United States and Japan, and the low labor cost of the immense mass of Asian workers (and in perspective also of African workers), not boasting either the one (except Germany, to a certain extent) nor the other. The impact in Italy could include a further reduction in the number of people working, especially in the middle salary range, which would mean a further reduction in the tax base and a further reduction in revenues - the makings of a more severe crisis for the pension system.

Competitiveness on a world scale and international competition certainly constitute one of the greatest challenges that Europe and specially Italy¹⁵ will have to face in the coming decades.

REFERENCES

Bonifazi C., A. Menniti, R. Palomba (1996), *Bambini, anziani e immigrati*, Scandicci (Firenze), La Nuova Italia Editrice

Cohen J.I. (1996), *How Many People Can the Earth Support?*, Norton and Company, New York

Deardoff A.W. (1976), "The optimum growth rate for population: comment." *International Economic Review*, 17

Golini A. (1979), *Attuali tendenze della popolazione in Italia: problemi e prospettive*, Contributi del Centro Linceo interdisciplinare di scienze matematiche e loro applicazioni, n. 49, Roma, Accademia Nazionale dei Lincei

¹⁵ Italy will also be faced with an "internal" challenge from the EU that may arise as a result of the different dynamics of the young populations in the four most populous countries of the Union. As an example, Table 8 shows the UK figures in comparison with those of Italy.

Golini A. (1989), "Dinamiche demografiche e politiche previdenziali", Atti del Convegno Novant'anni di previdenza in Italia: culture, politiche, strutture, Roma, 9-10 novembre 1988, Roma, INPS, 1989

Golini A. (1997), "Fertility trends in Italy. Are they desirable and/or sustainable?", Paper presented at the Expert Group Meeting on Below-Replacement Fertility, Population Division of the Department of Economic and Social Affairs, United Nations, New York

Golini A. (1998), "Population ageing in developed countries: lesson learned and to be learned", UNFPA, ICPD+5 Technical Meeting on Population Ageing, Brussels, 6-9 October 1998 (in press)

ISTAT (1997), Previsioni della popolazione residente per sesso, età e regione, Base 1.1.1996, Roma

Livi Bacci, M. 1997, "Abbondanza e scarsità. Le popolazioni d'Italia e d'Europa al passaggio del millenni". Bologna, Il Mulino

Micheli G.A. (1983), "Le trappole del controllo ottimo parametrico della popolazione."

Giornale degli economisti e annali di economia, maggio-giugno

Monorchio A. (1996), "Presentazione dei risultati di una ricerca relativa alle tendenze evolutive della popolazione italiana e ai loro effetti sui sistemi scolastico, sanitario e pensionistico", Ragioneria Generale dello Stato, Roma, 19 luglio 1996

OECD (1998), Education at a glance. OECD Indicators. 1998. Paris: OECD

Population Division of the DESA (1999a), World Population Prospects. The 1998 Revision. New York, United Nations

Population Division of the DESA (1999b), Population Ageing 1999, New York, United Nations (wall chart)

Samuelson P.A. (1975), "The Optimum Growth Rate of a Population." International Economic Review, 16

UNFPA (1998), The State of World Population 1998. The New Generations. New York, United Nations Population Fund

Antonio Golini
Professor of Demography and Director
Dipartimento di Scienze demografiche
Università di Roma "La Sapienza"
via Nomentana, 41 - 00156 Roma
golini@dsd.sta.uniroma1.it

SESIÓN II

SALUD DEL ADULTO MAYOR

II.1 EXTENDING HUMAN LIFE: LONGEVITY AND QUALITY OF LIFE

Can we hope for both long life and good health?

Jean-Marie Robine¹

Even though many uses can be found for health expectancy—for disability-free life expectancy, for example—and for their derived indicators such as the study of health differentials or the study of the relative importance of the different causes of morbidity, the primary objective of health expectancy figures involves assessing the health of a population or of its component groups over time.

This very specific objective is linked to the changes in life expectancy. When its first estimations were established in the 17th century, the objective was to assess the average range in the duration of human life as witnessed by the Huygens brothers in their exchange of letters in 1669 (Dup,quier and Dup,quier, 1985). What best summarized this life span, modal age at death, the median age that 50% of individuals will reach and surpass, a one in two chance at birth, or is it the average number of years that each person can hope to live at birth? The objective of health expectancy is very different because the regular calculation of life expectancy—since the 19th century for the first countries such as those in Northern Europe, France, and The United Kingdom—has shown a strong increase in the average life span. To give the example of France, life expectancy at birth for women rose from 41 years around 1817-1831 to 49 years in 1898-1903 and to 82 years in 1997 (INSEE, 1961; Levy, 1998).² In these conditions, the objective of health expectancy is not to specify the average human life span in good health or without disability, but to know whether this duration changes in the same way that life expectancy does.

I. Mortality and longevity

In the 1980s, researchers had access to data from the 1960s and before. Today, at the dawn of the 21st century, we are working with data from the beginning of the 1990s. This is somewhat better but a time-lag remains between the period covered by the data and the date of the study. It is now recognized that mortality declines in the oldest old and that the current increase in life expectancy is mainly due to this drop in mortality. But in the 1980s, only the most learned and the most visionary knew this. Almost everyone believed that mortality, by definition, could not decrease at the oldest ages, that life expectancy at birth could not exceed 85 years because of a biological limit to the length of life in the human species of approximately 100 years (Fries, 1980; Hayflick, 1981; Cutler, 1985) and that the current values reached by women in the most developed countries left very little margin for additional gains. These

¹ Jean-Marie Robine, *Démographie et Santé*, INSERM et Université de Montpellier I, Centre de Recherche Val d'Aurelle, 34298 Montpellier, France (robine@valdorel.fnclcc.fr).

² In this article, we will often, though not exclusively, use French data. They were chosen to illustrate the case of the most advanced countries in terms of mortality and not to specifically represent the case of France.

beliefs, leading statisticians to predict a short-term halt in the increase in life expectancy (Dinh and Labat, 1979), also led James Fries to construct his theory on the compression of morbidity (Fries, 1980); other experts predicted a reduction in social inequalities in terms of mortality and a decrease in the differences in life expectancy between men and women.

The idea of a biological limit to the human species being on the order of a hundred years comes from Buffon. In 1749 he wrote, "*But if one takes the human genus in general terms, there is no difference to speak of in the duration of life; he who does not die of accidental ailments lives far and wide to ninety or one hundred years. Our ancestors lived no longer, and since the time of David, this time has varied naught.*" It was not until 250 years later, with the 120th birthday of Jeanne Calment in 1995, that this dogma was resoundingly refuted (Robine and Allard, 1998).

The growth of life expectancy

And yet, in calculation after calculation, the estimation of life expectancy at 65 years of age has repeatedly shown, particularly since the 1930s for women in France, a regular increase in the number of years that survivors at age 65 could hope to live. "There is no one blinder than he who refuses to see," and in the domain of mortality in old age, the considerable weight of such beliefs often disturbs the objective observation of facts. Therefore, even though this information concerning the drop in mortality is today widely accepted, few have measured its importance.

Taking a base of 100 in 1900, life expectancy at 65 years of age—both sexes combined—has increased more than life expectancy at birth. In France today, more than 90% reach the age of 65 in 1996 conditions. Their life expectancy is close to 21 years (exactly 20.7 years, Kerjosse and Tamby, 1999), bringing them beyond the limits set by Fries of a life expectancy limit of 20 years at the age of 65 (Fries, 1980). This limit was surpassed in 1991 when 89% reached the age of 65 in the conditions of the moment. There is no indication that this growth is slowing down, on the contrary. Until World War II, life expectancy at birth grew faster than life expectancy at 65 years of age, but since the end of the war, the opposite has prevailed. In women, this growth was higher from the beginning of the post-war period; for men it was not until the 1970s that life expectancy at the age of 65 rose more quickly than life expectancy at birth. But in both cases it seems that the movement has accelerated since the middle of the 1980s with a break in the rhythm of the drop in mortality rates per age group (MeslÈ and Vallin, 1998).

The explosion in the number of centenarians

The most spectacular aspect of this drop in mortality is the explosion in the number of centenarians. We see this in Denmark, where the population records have given annual figures for the number of centenarians since 1775. While they were only a handful from 1855 to 1924 (186 women and 52 men, or approximately 3 to 4 centenarians per year, for the most part women), their numbers began to grow starting in 1935 and have exploded since the 1970s. As an example, there were 321 centenarians for the period 1965-1970 and 955 for the period 1985-1992 (Skytthe and Jeune, 1995). France does not have population records for these

periods and the number of centenarians must be estimated using different methods. On the order of 200 in 1950 (Labat and Dekneudt, 1989), there are approximately 8,500 today and the most conservative projections—based on a rectangularization of the survival curve (see below)—estimate the numbers at 150,000 in 2050 (Dinh, 1995), 750 times greater than in 1950. At this time France had a population of 41 million inhabitants (INSEE, 1961); the same growth factor would lead to a population of 31 billion inhabitants in 2050 within the territory of France. For Alfred Sauvy, "growth in population or increase in age, there is a choice to be made." Actually, I am not sure whether we have that choice. In another example, this time in England and Wales 10,000 centenarians are expected in 2001 and 45,000 in 2031 (Thatcher, 1997).

Returning to the Danish example illustrates a second very interesting phenomenon: the decline in the number of centenarians recorded between 1800 and 1860. The 19th century was marked by the emergence of statistics as a basic tool for many sciences and the level required for the quality of statistics rose. A strange coincidence, but this movement corresponded to the drop in the number of centenarians recorded from 1800 to 1860, then to a leveling off of their numbers until 1920. At the end of the 19th century, the first scientific research devoted to the validation of the age claimed by British centenarians, carried out by William Thoms, invalidated all the known cases (Thoms, 1873). As a result, he proposed rigorous rules for validation which were still applied to the case of Jeanne Calment (Robine and Allard, 1995). In Canada, Charbonneau and Desjardins also invalidated all the cases of centenarians in the valley of the Saint Lawrence River before 1800 (Charbonneau and Desjardins, 1990). More and more scientific evidence is suggesting that centenarians are a recent phenomenon in the industrialized countries. The first cases validated appeared around 1800; these are sporadic cases. Between 1850 and 1950, a handful of centenarians, more or less numerous depending on the size of the population of the country, survived in the more industrialized countries. Shortly after the Second World War, their number exploded in all the industrialized countries (Jeune, 1995; Vaupel and Jeune, 1995). Buffon's intuition—transformed into a dogma by then (Gavrilov and Gavrilova, 1991)—that each species is characterized by a specific life span which remains stable for periods on the order of 100,000 years (Cutler, 1985), has sprung leaks on all sides. Not only is the age of 100 years surpassed by a wide margin today, but it also was not reached by man until very recently.

Sweden presents the case of another country and other population records, showing that the maximum age at death observed each year has risen sharply during the 20th century. Pursuing a 1937 study concerning the extreme limits on human life (Gumbel, 1937), Wilmoth and Lundström showed that behind the inevitable fluctuations in this type of data made up of single annual observations, at least three points are noteworthy (Wilmoth and Lundström, 1996). First of all, in 100 years, from 1890 to 1990 exactly, this maximum age observed each year increased by 5 years, from approximately 103 years to approximately 108 years for women, and roughly 100 years to roughly 105 years for men. The average gap of 3 years between the record for women and that for men then remains constant throughout the total duration of the century. Finally, just as in the preceding case for Denmark, a decrease in extreme ages can be observed over the 19th century, leading to a reduction in the fluctuations from 1850 to 1900 and to an apparent decrease in the maximum ages reached. If one takes into account that the longest life span observed each year, an outstanding value by definition, largely escapes the

conditions of the moment and chiefly gives information on the fundamental biological characteristics of the species, one can deduce a constant advantage in longevity for women on the order of 3 years and a century-long trend toward an increase in the longevity of the human species. Taking into consideration that the probability of reaching a particular record depends in part on the number of competitors, the larger number of women surviving to old age can explain their higher records of longevity. In the same way, the increase in population can partly or wholly explain the increase in longevity records observed over the last 100 years.

These observations provide empirical milestones on the extension of human longevity. The age of 100 years seems to have been reached towards 1800, very probably by a woman born around 1700. the age of 110 may have been reached in Ireland as early as 1930, also by a woman, Katherine Plunket (Thacher, 1999), but it was not until the end of the 1960s that regular records of this type began to appear, as well as the first male case (Thatcher, 1992)³. Beyond the age of 115 four cases of death have today been validated: the Englishwoman Charlotte Hughes, deceased at 115 years of age in 1993 (Laslett, private communication, 1994), the Frenchwoman Jeanne Calment who cleared the bar of 120 years of age in 1995 (Robine and Allard, 1998), the Canadian Marie Louise Meilleur, deceased at 117 years of age in 1998 (Desjardins, 1999), and the American Christian Mortensen, of Danish ancestry, also deceased in 1998 at the age of 115 (Wilmoth et al, 1996). A Japanese woman born on January 18, 1879 reportedly reached the age of 116 in 1995 (Toshiaki Inagati et al, 199X). An American, Sarah Clark Knauss, born on September 24, 1880, is living today in Pennsylvania (Rodgers Mayer, 1997).

Statisticians, swinging from one extreme to the other, now predict as a basic scenario the sharp drop in mortality at the oldest ages continuing until 2050 or 2070, with no more of a critical regard on the current knowledge than they had in 1980 of the knowledge at that time.

Yet none of this—the increase in life expectancy, the emergence and growing numbers of centenarians, the increase in the maximum age of death observed each year, the appearance of super-centenarians—proves that the longevity of the human species is increasing over time rather than being relatively constant over a very long period.

The English data, classed by age and cohort group, illustrates perfectly well the possible relation between the number of people who reach the age of 100 and the maximum age reached by each cohort (Thatcher, 1997). Obviously, the greater the number of centenarians the greater the chance of a person becoming a super-centenarian.

At the most, all the recent empirical observations do not contradict the hypothesis which postulates that the longevity of the human species is increasing. But neither do they contradict the hypothesis of a relatively constant potential longevity. They are only contradictory to the hypothesis that this potential longevity has nearly been reached and that it can be defined by a life expectancy of 85 years and a maximum age of 100. We have perhaps done no more than

³ A Dutchman, Geert Adriaans Boomgaard, born on 23 September 1788 may have lived until 1899 (dying at 110 years, 4 months and 11 days) (Heeres, no date). This case must be verified by Dany Chambre.

conquer, through improvements in the conditions of life, our potential life expectancy, the time-span of our life. Is there then a limit, and if so, what is this limit?

Life expectancy and the maximum age observed provide only a small part of the information necessary for describing the mortality of a population collected in life tables. Life expectancy only summarizes the information and the maximum age observed corresponds to only a single individual in the table. Actually, the life table plots three curves: the survival curve showing the number of individuals who have survived at different ages in life, the mortality curve showing how mortality rates vary with age, and the death curve illustrating the distribution of life spans (Wilmoth, 1997).

Rectangularization of the survival curve

The increase in life expectancy, i.e., the average life span, may or may not be associated with a change in the distribution of observed individual life spans. This phenomenon, difficult to study, is surely a key in our knowledge on human longevity. According to Fries, the increase in life expectancy has coincided with a concentration of life spans around the mean and the survival curve has become more and more rectangular. At the upper end, i.e., for a life expectancy of 85 years, the life spans are extremely homogenous: 66% of deaths occur between 81 and 89 years of age and 95% between 77 and 93. At 70 years of age, nearly the entire population is still alive and at 100 years of age all have died (Fries, 1980). If such a homogenization were to occur, it would mechanically reduce the differences between men and women and between rich and poor. This hypothesis has therefore stimulated great interest and it is difficult to challenge the idea as long as it appears in this positive light.

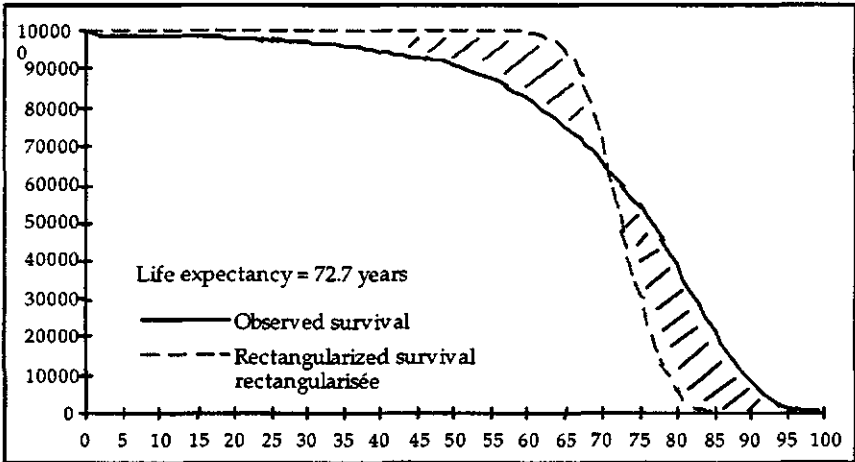
This idea of rectangularization of the survival curve comes from Alex Comfort's classic illustration dating from 1956. Plotting on a single graph all the recent survival curves at his disposal at that time, he obtained an image of a survival curve which was rectangularized as one progressed from a country with a higher level of mortality to a country with a lower level. Thus, one progressed successively from the 1921-1930 British Indies survival curve to Mexico's in 1930 and then on to Japan's 1926-1930, to Italy's in 1930-1932, to the United States' in 1939-1941 and finally to New Zealand's curve in 1934-1938 (Comfort, 1956). But Alex Comfort did not have the information necessary to construct this graph. Enlarging this graph reveals a rupture at 70 years of age for most of the curves. Until 70 the curves presenting irregularities were clearly plotted from data in the tables available to him. Beyond that, the curves regularly go down and follow a concave pattern. It is clear that Comfort extrapolated these last values by setting as a constraint that all the curves reach the value of zero at the age of 100. It is precisely this constraint, and only this constraint, that creates the impression of a "rectangularization" of the survival curves as the levels of mortality decrease. It rests on the hypothesis that the life-span is limited everywhere to 100 years of age and that individuals, also throughout the world, can be observed who have reached the potential longevity of the species, in other words, individuals having reached the age of 100, a hypothesis that, as we have seen, no longer satisfies recent observations and knowledge.

This question of "rectangularization" of the survival curve is very important in public health and in gerontology since with a single value projected to the year 2010 or 2020, the number of

very old people (nonagenarians or centenarians) will be very different according to whether the survival curve is more or less rectangular.

Figure 1 below presents two survival curves corresponding to the same life expectancy value for men in France in 1990. The less rectangular survival curve, illustrating a wider dispersion of deaths, shows that the corresponding population includes many more nonagenarians and centenarians than the population corresponding to the more rectangular curve. An earlier high rate of mortality is compensated by a greater number of late deaths.

Figure 1: Two survival curves corresponding to the same life expectancy value at birth: 72.7 years (life expectancy of the male population, France, 1990)



The population projections carried out by the INSEE for France (Dinh, 1995) are based on the implicit hypothesis that the survival curve will continue to be rectangularized. We have estimated the implicit rate of rectangularization contained in these projections and have varied them by plus or minus 10% then plus or minus 25% (See Annex 1). A rectangularization lowered by 10% would push the numbers of the group of centenarians in the year 2020 from 21,292 to 29,247, for an increase of 37% compared to the INSEE forecast; a rectangularization lowered by 25% would bring this group to 42,932 for an increase of 102% compared to the base forecast, without changing the projected life expectancy value (Robine et al, 1998a).

The dispersion of life spans

The question of the rectangularization of the survival curve is thus an essential question for all those who wish to precisely forecast the future growth in the numbers of centenarians and nonagenarians in order to plan for the services they will need⁴. But this knowledge is also vital for all who are attempting to assess the limits of human longevity. Indeed, if the growth in life expectancy is paired with no reduction in the dispersion of life-spans, there is no reason to think that the life expectancy value is approaching a limit of any sort. But how does one measure the rectangularization of the survival curve or the reduction in the dispersion of life spans?

Figure 2: Survival curves in France from 1861 to 1992 and Fries's ideal survival curves (for 100,000 at birth)

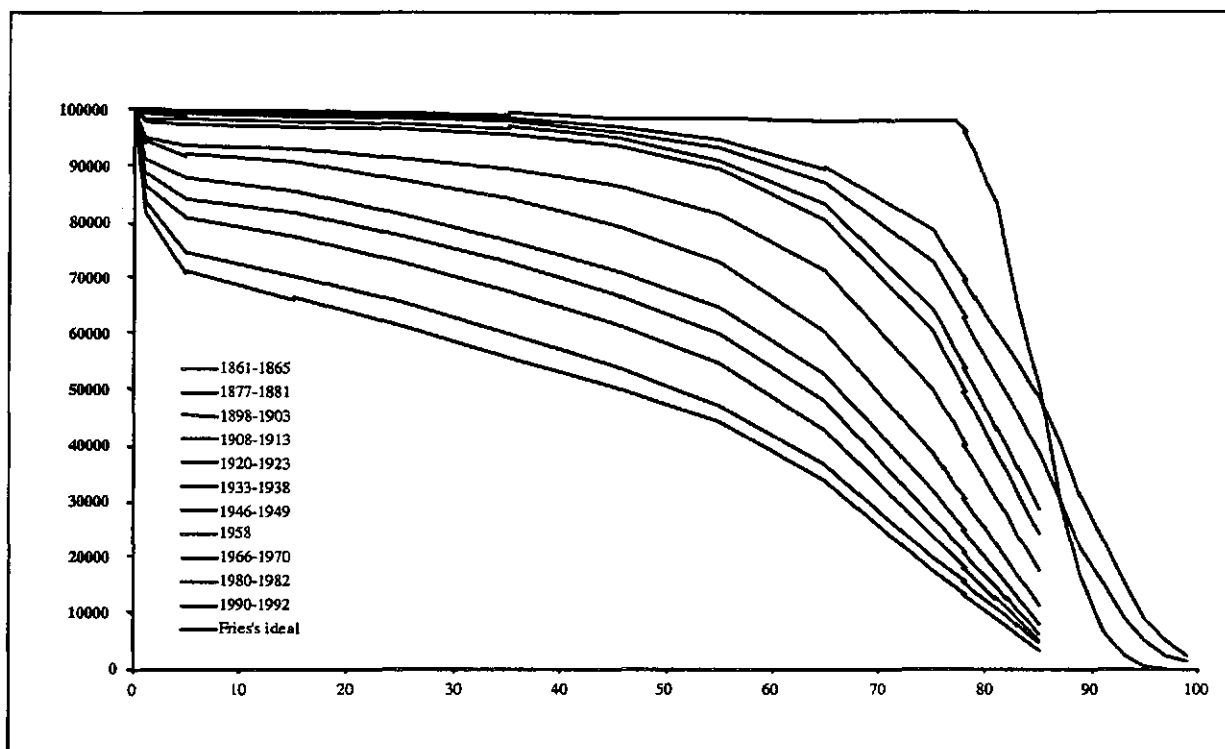


Figure 2 shows that in France Fries's limit was already very much out-of-date when he elaborated his theory in 1980. According to the survival curves of the moment, there were many more centenarians and nonagenarians in France at the beginning of the 1980s, not to mention the beginning of the 1990s, than Fries's theory had predicted. Conversely, there were

⁴ A good example of the current degree of uncertainty is provided by the latest estimations of the US Census Bureau, which has estimated the number of centenarians in 2050 within a range of 265,000 for the lowest estimation to 4,200,000 for the highest, with an estimation of 834,000 for the midrange scenario (HIH-National Institute on Aging, press release, 16 June 1999, <http://www.census.gov/prod/99pubs/p60199/pdf>).

many fewer octogenarians and septuagenarians because premature mortality remains very high in France. But all this does not mean that from 1861-1865 to 1990-1992 the survival curves were not rectangularized. In other words, the considerable increase in life expectancy during the 20th century has not necessarily kept pace with a reduction in the dispersion of life spans. It must simply be measured. Yet, as Comfort's graph has already shown, the routinely published tables, especially the oldest, stop well before 100 years: at 85 years for the French tables from 1861-1865 to 1966-1970. It is therefore necessary to first reconstruct the life tables to at least 100 years, which requires access to the raw data (number of deaths and population numbers) so as to calculate the mortality rate up to 100 years. This is what we have done for France by calculating 6 life tables from 1890-1894 to 1990-1994, for each one regrouping the deaths from 5 consecutive years every 20 years. Only the table from 1910-1913 is based on only 4 years of observation so as to avoid the disruptions due to the First World War (1914-1918). Given the lack of reliability concerning the centenarians in the first part of the 20th century, we have concluded the tables at 99 years of age.

Globally speaking, the increase in life expectancy over the 20th century coincided with a reduction in the dispersion of life spans owing to the drop in infant mortality and its subsequent near disappearance (see graphs in Annex 2). But examining adult mortality—the one surrounding the second mode of deaths—the conclusion is less clear. As life expectancy increased, the adult modal age included a larger and larger share of deaths (1.7%, 2.1%, 2.3%, 3.0%, 3.1%, and 3.3% successively for men; 1.9%, 2.5%, 2.8%, 3.6%, 4.0%, and 4.4% successively for women) and occurred later and later in life. Thus, the mode increased from 71 years of age in men in 1890-1894 to 83 years of age in 1990-1994, a shift of 12 years in one century. But the rise is far from regular. In particular, a long period when the growth was very slow can be observed, between 1910-1913 and 1970-1974. Conversely, since 1970-1974, modal age has jumped 6 years. In the female population during the same period, modal age rose from 73 years in 1890-1894 to 87 years in 1990-1994, a difference of 14 years. This increase is quite regular on the whole over the period although more pronounced since 1950-1954. However, this does not indicate whether deaths are less scattered around the modal age because all deaths, or nearly all of them, have shifted to the adult ages. Actually, the question is knowing which deaths should be taken into account when measuring their dispersion around the modal age: all deaths after a certain age, 30 or 50 years of age, for example, supposedly separating juvenile deaths from the others (Myers and Manton, 1984), or a fixed proportion, 75% or 50 % of the latest deaths, for example (Fries, 1984). None of these solutions is perfectly satisfactory. A fixed age will produce a different proportion of deaths taken into account over time and a fixed proportion will lead to a minimum age from which deaths are taken into account, different over time. This generally leads to diametrically opposite conclusions (Myers and Manton, 1984; Fries, 1984). However, a new approach to this question should rapidly lead to indisputable results (Kannisto, personal communication⁵).

⁵ Research which should appear in a special issue of *Population* devoted to the biodemographics of longevity (Robine JM Ed; forthcoming, 2000).

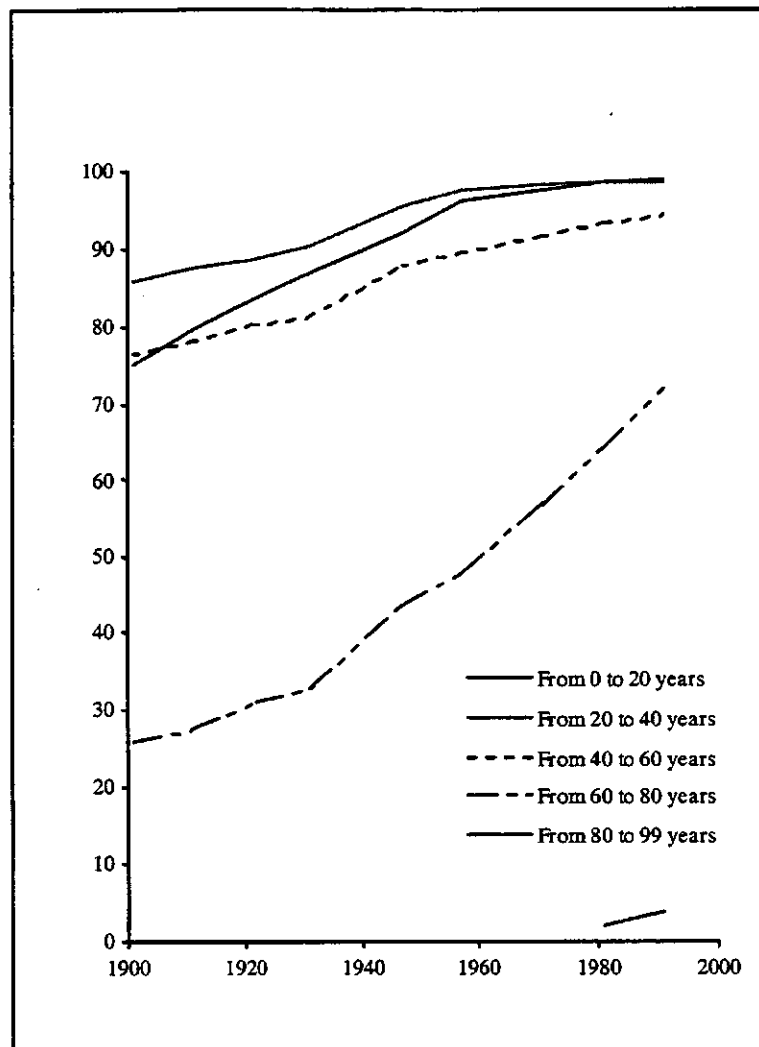
Changes in mortality rates

Mortality curves represent mortality quotients or rates by age and show that over time mortality decreases at all ages in life, with the exception perhaps of the ages between 25 and 45 (Kerjosse and Tamby, 1999). Between 30 and 80 years of age, the increase in mortality rates with age follows, approximately, an exponential law: this is the famous Gompertz Law. But beyond the age of 80, with the reduction in numbers and the advent of fluctuations, the trend is becoming less clear. However, the progression of the mortality rates with age may very well be slowing down (Horiuchi and Wilmoth, 1998). This is all the more clear when mortality data from industrialized countries with the best statistics is grouped together (Thatcher et al 1998). Many models have been proposed to account for this slowdown and a consensus now seems to be emerging in favor of a logistic model leading to a leveling off of the mortality rates after 120 years of age (Thatcher et al 1998), resulting in a maximum annual mortality rate of 60%⁶. Perks proposed this model as early as 1932 (Perks, 1932) but the lack of high-quality data available at that time made validation impossible. In very recent research presented by the Royal Statistical Society, Roger Thatcher showed that this logistic model also adjusted the historical life tables very well. Consequently, he showed that the parameter α which governs the relative increase in the mortality rates with age—sometimes taken as a measure of the ageing rate—had varied very little over time. It is on the order of 0.10 for men and 0.11 for women, today as in the middle of the 19th century. It was 0.09 in the 17th century and 0.08 during the Middle Ages (Thatcher, 1999). This long-term upward trend, stable over the last 150 years, suggests no slowdown in the ageing rates. Such a slowdown would be the most tangible sign that human longevity has risen with time.

Finally, the probabilities of survival between the different ages can be deduced from mortality quotients. This is what we have done from 1900 to today for six ages: 0 years (i.e., at birth), 20 years, 40 years, 60 years, 80 years, and 99 years. The graph in Figure 3 illustrates the expected progression, from roughly 75% in 1900 to nearly 100% today, of the survival probability from 0 to 20 years of age. It shows that if in 1900 conditions a woman had 75 chances in 100 of reaching the age of 20, then 85 chances in 100 of reaching 40 years of age, then 75 chances in 100 of reaching 60 years of age, she then had at 60 years of age only 25 chances in 100 of reaching her 80th birthday. In today's conditions, she has nearly 100 chances in 100 of reaching the age of 20, then again nearly 100 chances in 100 of reaching 40, then 95 chances in 100 of reaching 60 years of age, and so she has 75 chances in 100 of reaching the age of 80. The true revolution of the 20th century in the industrialized countries, as the graph clearly points out, is the shattering of the survival probabilities from 60 to 80 years of age, increasing from 25% in 1900 to 75% today (see Figure 3). Here lies the secret of the numerical explosion of centenarians evident today, namely the incredible increase in probability of being alive at the age of 80. The sharp rise in survival probabilities between 80 and 100 years of age only amplifies this phenomenon.

⁶ Kannisto V (1999) Discussion on the paper by Thatcher *J R Statist Soc* 162(Part1):33.

Figure 3: Survival probability from one age to another over the 20th century in France for females (in percentage)



The current knowledge on human longevity

The current knowledge on human longevity can be summarized as follows:

- (1) life expectancy at 65 years of age is showing a relatively more rapid increase than life expectancy at birth and no sign of weakening in this growth is discernable;
- (2) centenarians, quite a recent phenomenon (appearing towards 1800) have seen their numbers explode since 1950;
- (3) the super-centenarians appeared towards 1960 and 5 cases of people having surpassed the age of 115 have been validated in the 1990s;

(4) the maximum age at death observed each year continues to increase, from about 5 years in Sweden, for example, over a period of 100 years (1890-1990);

(5) the increase in the modal age at death also continues, from roughly 15 years in France, for example, for women over a period of 100 years (from 1890-1894 to 1990-1994);

(6) mortality is clearly decreasing at all ages in life with the possible exception of the ages between 25 and 45 years;

(7) beyond 80 years of age, the increase in mortality rates with age are slowing down and seem to follow a logistic law leading to a plateau in mortality beyond 120 years;

(8) the most significant change during this century is surely the growth of survival probabilities between 60 and 80 years of age, going from 25% to 75% chances for women in 100 years in France, for example.

None of the 8 points contradicts the hypothesis that potential longevity is fixed over a very long period of time. They simply suggest that if there is a limit to human longevity in terms of life expectancy, modal age at death, or in terms of maximum observable age, it is unlikely that we are very close because no significant slowdown in the observed progress is yet discernable.

Only an indisputable measure showing a reduction in the dispersion of life spans around the mean, accompanying this growth in life expectancy, could predict such a limit and its value. Clearly man can live a long time.

It is within this uncertain context that the statistics on health expectancy were developed, and in particular those of disability-free life expectancy. They were first developed in the hopes of gaining knowledge on whether the lengthening of life expectancy went along with a rise in the length of time spent in poor health. It is clearly a question of an extension of the concept of life expectancy to morbidity and disability. Sanders treated this principle as early as 1964 (Sanders, 1964) and a first method of calculation was proposed by Sullivan in 1971 (Sullivan, 1971). Sanders wished to make available an indicator which would give information on the quality of the gains in life expectancy whereas Sullivan attempted to measure the changes in health over time.

2. Morbidity and functional health

The morbidity data available today are very different from the mortality data used to calculate life expectancy. First of all, they are extremely varied and focus on many aspects of health such as disease, functional status, or perceived health, because there is not a single definition of the morbid state. Second, they concern much more recent periods in the history of industrialized countries because the systems of data collection on health have only recently been established. Finally, the time series assembled focus most frequently on short periods and contain few observation points because the methods of data collection are often modified so as to take into account new lines of interest concerning one aspect or another of morbidity. In sum, this extremely varied information involves few countries and the different authors have discussed the same series widely, particularly the data from the American National Health

Interview Survey (NHIS), a permanent health survey set up in 1957. The abundance and long-term collection of these data result in these American observations serving, de facto, as the reference against which the few studies from other countries (the United Kingdom, Australia, Canada, France, Japan, and the Netherlands) are confirmed or invalidated.

The American data

The first articles on the American data appear in the 1980s and the authors note particularly the rise in disability in adults (Colvez and Blanchet, 1981; Feldman, 1983; Verbrugge, 1984) or in children (Newacheck et al, 1984 and 1986). Although most authors note that there is little change in the disability rates for people over 65 years of age (Colvez and Blanchet, 1981; Verbrugge, 1984; Palmore 1986), the important conclusion of these first studies is that disability rose sharply in the United States during the 1970s.

Some authors, such as Verbrugge in 1989, continued to note that the increase in disability is not self-evident in the old (Verbrugge, 1989). Yet there would seem to be good reasons for disability to increase since it is at the older ages that the drop in mortality is concentrated (Crimmins, 1990; Riley 1990). In 1991, Crimmins and Ingegneri point out that for the age groups ranging from 45 to 75 years of age, activity restriction (NHIS) increased from 1969 to 1975, leveled off from 1975 to 1982 and decreased from 1982 to 1988, the last year of observation. Beyond 75 years of age, there was not a clear trend on the whole of the period from 1969-1988. Crimmins and Ingegneri then used data from two surveys on the older population (Survey of Older Population, 1962 and 1975) and from the supplement on aging from the 1984 health survey (SOA-NHIS), both of which were comparable. Taken together, these data indicated a slight improvement in health for people over 65 years of age during a 25-year period (Crimmins and Ingegneri, 1991). In fact, it is becoming more and more evident as the articles appear that it is not morbidity or disability which is on the rise, but rather the declaration of prevalent illnesses and the family's or authorities' recognition of disability.

In 1992 Preston brought out new elements which could explain the improvement in health in older populations by analyzing the gains in the level of education from one cohort to another (Preston, 1992). Beginning in 1993, Manton and his collaborators published a series of articles on the changes in chronic disability in the United States using data from the National Long Term Care Study (NLTCS, 1982, 1984, 1989, and 1994). They showed that in the population aged 65 years and over, the prevalence of disability concerning instrumental activities of daily living (IADL) decreased from 1982 to 1989 whereas the prevalence of disability in terms of activities of daily living (ADL) and the prevalence of institutional placement remained stable. Later they extended their conclusions to 1994 (Manton et al, 1993a and b; 1995; 1997, and 1998). In the same year, Freedman and Soldo published a first report on the changes in disability in the old in the United States by combining the NLTCS data (1982-1989) with the NHIS data and the longitudinal study of aging (LSOA, 1984-1990). Globally, their summary confirms the results observed by Manton's team (Freedman and Soldo, 1994).

In 1995, Waidmann et al reconsidered the existence of a turning point in the 1980s, at least concerning the United States (see Crimmins and Ingegneri, 1991, presented above). They re-examined all the available data and saw, as their predecessors had before them, no clear trend

for the oldest old (70 years and over) from 1969 to 1981. This did not prevent them from taking for granted that taken together the NHIS data suggested that the health of the middle aged and the elderly deteriorated during the 1970s and then improved during the 1980s. Waidmann et al then compared this result to the failure of success hypothesis (i.e., the pandemic or expansion of morbidity) which assumes that the drop in mortality increases the average fragility of the elderly who survive in greater and greater numbers. They noted that the improvement in survival was the highest among the oldest while the apparent deterioration in health is more centered on the youngest, those from 45 to 64 years of age or 65 to 69 years old, but not those over the age of 70 (Waidmann et al, 1995). Crimmins and his collaborators, on the other hand, point out that the variations observed with the 1984-1990 LSOA or with the NHIS (from 1982 to 1993), look more like fluctuations than clear trends (Crimmins, 1996; Crimmins et al, 1997).

Data from other industrialized countries

Outside of the United States, cohort studies have shown an improvement in functional health for the elderly in terms of ADL in the United Kingdom (Jagger et al, 1991; Spiers et al, 1996) and in Sweden (Svanborg, 1998), whereas in Finland two studies have shown the opposite (Antila, 1991; Winblad, 1993). The decrease in the inability to carry out activities of daily living (ADL) is particularly clear in England over the period from 1976 to 1994 (Grundy, 1997).

In Canada, Roos and colleagues came to the contrary conclusion: deterioration of functional health in the elderly population. But it must be said that in this last study, which took place in Manitoba, the questions on ADLs had changed markedly between the two surveys (Roos et al, 1993). On a national level in Canada, despite a similar methodology, large differences were observed in the results of the Health and Activity Limitations Survey (HALS) between 1986 and 1991, pointing to a rise in the disability rate. However, the differences are not significant beyond the age of 55 (LaRoche and Morin, 1994).

In France, an improvement in the health of the elderly living at home can be observed between 1980 and 1991, as well as the near stability in health of those residing in institutions. This leads to the conclusion that despite an increase in the number of older people, health for the whole of the elderly population, wherever they may reside, has improved in France between 1980 and 1991. These results prolong those already found for the Paris region for the 1965–1980 period (Mizrahi and Mizrahi, 1989, 1993, and 1994; Robine et al, 1998b).

Current knowledge on changes in disability

The situation is, finally, quite paradoxical. On the one hand, most of the studies debated until the 1990s conclude in a general rise in disability. On the other hand, close examination of all these studies, particularly those studying the United States, show the following:

- (1) that the differences recorded in children (learning difficulties, etc.) are strongly linked to the development of different educational programs;

(2) that the inability to work in adults is strongly linked to the development of social programs (development and promotion of disability pensions) and to the condition of the work market;

(3) that disability, measured through difficulties encountered in daily living, does not increase in the elderly according to nearly all the studies, whereas this measure is the one least susceptible to being disturbed by changes in the social environment;

(4) and finally that, whatever the age studied, the most severe forms of disability are not increasing.

Why have the 1980s not concluded that although the elderly are living longer and longer, they are not declaring more disability in daily living, in a context where many elements would favor a rise in the declaration of health problems? Since the mid 1990s, most articles have concluded in a decrease in disability in the elderly. The situation is in fact more complex. Even though research shows improvement in England and Wales (Grundy, 1977), France (Mizrahi and Mizrahi, 1994; Robine et al, 1998b), or the United States (Manton et al, 1993a and 1997); others lean towards more fluctuations than trends, particularly in the United States (Crimmins et al, 1997).

A more objective commentary of the whole body of data collected would state that since the end of the 1960s, not a single study in the United States has been able to clearly identify a deterioration in functional health in the elderly. During the 1980s, other countries began to collect data. Certain series have indicated an improvement in functional health, namely for activities of daily living (ADL) in England and Wales (1976-1994) or for discomfort in daily life in France (1980-1991). Recent American studies using new data, for example, the Survey of Income and Program Participation (SIPP, 1984 and 1993) and the Medical Current Beneficiary Survey (MCBS), suggest that functional health of the elderly has significantly improved over the last few years (Waidmann and Manton, 1998). But other series from the United States continue to indicate no precise trend, as with the NHIS data. How does one explain that the decrease in dependence for ADLs observed in England and Wales is not replicated in the United States? This is all a bit chaotic and extreme caution must be exercised before drawing conclusions. Even if very few observations suggest the contrary, it is impossible to conclude with confidence that the functional status of the elderly population has improved over the last thirty years.

To draw a few general conclusions on how health is evolving in the elderly, three factors must be taken into account. There is first the drop in mortality at older ages which has continued to increase the proportion of survivors at all ages over 65, ageing the older population itself. This change should have or could have led to an increase in disability rates at the top of the scale, but this was not the case. Next, the different elements of morbidity—disease, functional status, or perceived health—do not necessarily evolve in unison (Crimmins, 1996; Spiers et al, 1996). Finally, functional health itself covers many concepts such as functional limitations, activity restriction, difficulties in performing tasks, or dependence. The improvement over time in physical independence in performing the activities of daily living (ADL or IADL) will not necessarily fall within the same explanations (Manton et al, 1993b) as improvement in basic

functional aptitude such as mobility, agility, vision, or hearing (Freedman et Martin, 1998). It is this multifaceted point of view which allows the calculation of health expectancy.

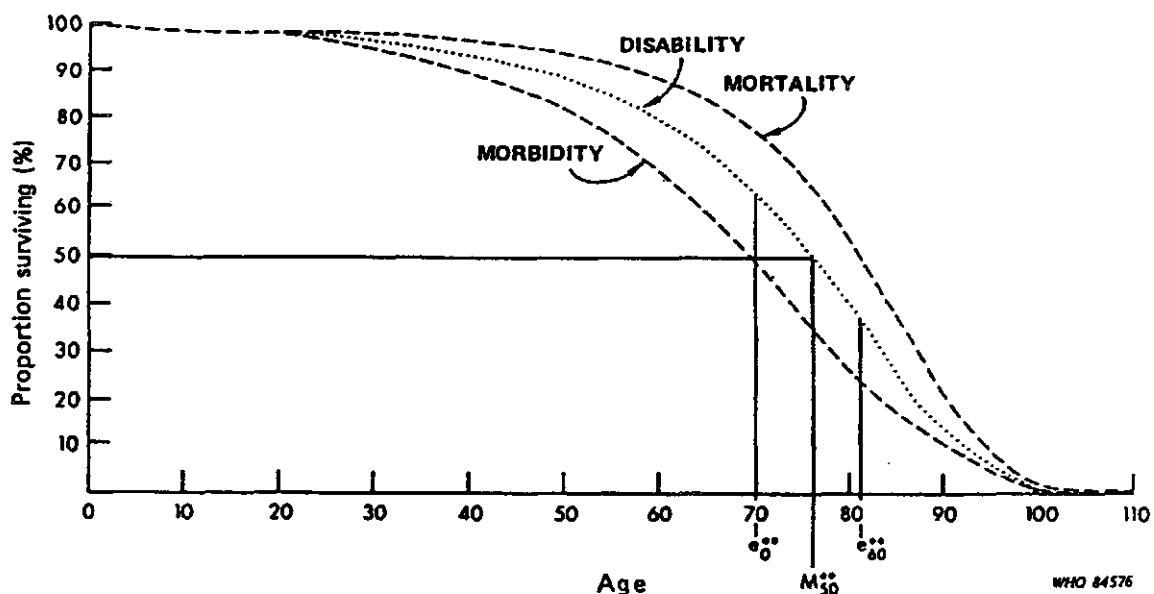
3. Health expectancy

The general model of health transitions

The advantage of calculating disability-free life expectancy was noted as early as a 1984, by a group of experts in epidemiology of ageing brought together by the World Health Organization (WHO), even though only a handful of experimental calculations had been carried out since Sullivan's first calculations (WHO, 1984). The group proposed a general model of health transitions distinguishing overall survival, disability-free survival, and survival without chronic diseases (see Figure 4) leading to the calculation of life expectancy, life expectancy without disability and life expectancy without chronic diseases.

Figure 4: The general model of health transitions (WHO, 1984)

The observed mortality and hypothetical morbidity and disability survival curves for females in the United States of America, 1980.



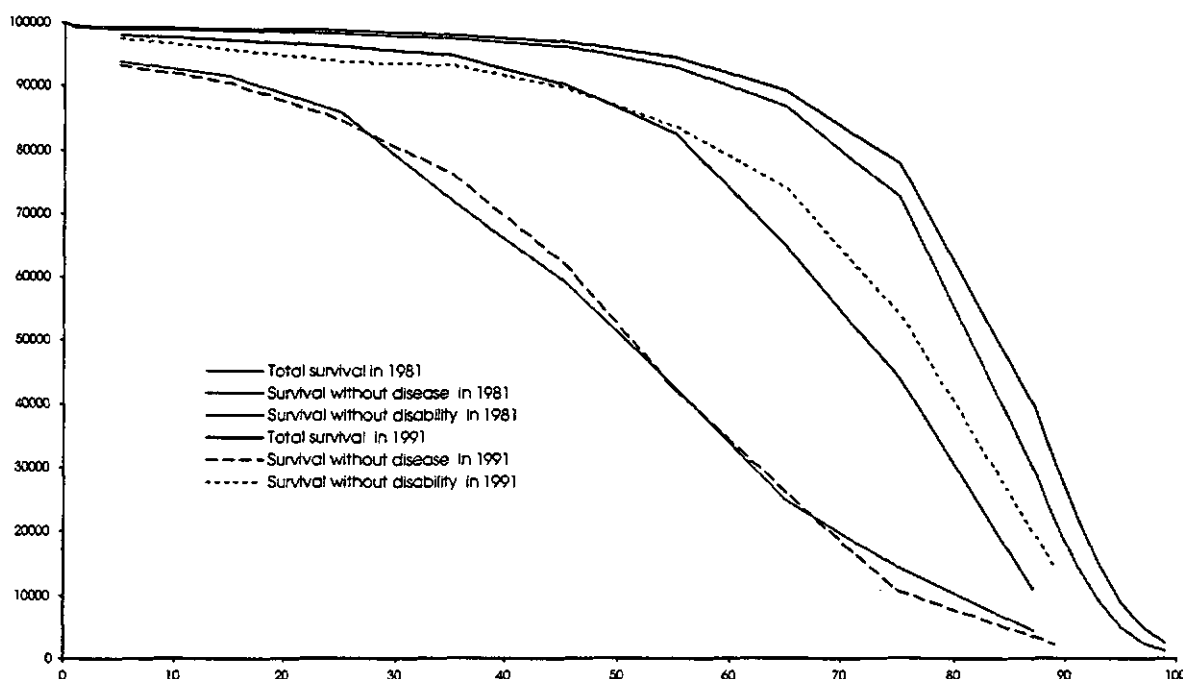
e_0^{**} and e_{60}^{**} are the number of years of autonomous life expected at birth and at age 60, respectively.
 M_{50}^{**} is the age to which 50% of females could expect to survive without loss of autonomy.

The pertinence of this model rests on its ability to simultaneously assess how mortality, morbidity, and disability evolve and thereby to check which of the different health scenarios proposed is coming about: pandemic of chronic disease and disability (Gruenberg, 1977; Kramer, 1980), compression of morbidity (Fries, 1980, 1989), more or less independent changes in the different curves, including the scenario of dynamic equilibrium (Manton, 1982), or postponement of all these morbid events (disease, disability, and mortality) to older ages (Strehler, 1975).

Four configurations of change were proposed in 1984: (1) the rectangularization of the survival curve, followed by a compression in morbidity and disability at the oldest ages—the disease-free and disability-free survival curves come close to the overall survival curve—corresponding to Fries's theory of morbidity compression (Fries, 1980); (2) the increase in overall survival alone—lengthening the life span lived with chronic diseases and disability—corresponding to Gruenberg and Kramer's theory of chronic disease and disability pandemic (Gruenberg, 1977; Kramer, 1980); (3) a parallel displacement of the three curves toward the right—illustrating a deep-seated modification in the biological rhythms and the rate of ageing in the human species—corresponding to Strehler's theories (Strehler, 1975); and finally (4) the case of a relative independence in the changes in the three curves, with different medical treatments either pushing back the age at which chronic diseases appear or reducing their disabling consequences. Since then Palmore has shown that the compression of morbidity could occur independently of survival curve rectangularization. This only requires that life expectancy without chronic diseases or life expectancy without disability rise relatively more quickly than overall life expectancy (Palmore, 1987). However, lacking available data on all three measures of mortality, morbidity, and disability, this model has found very few applications.

Yet, the application of this model to French data has shown that the increase in life expectancy in France, between 1981 and 1991, has been accompanied by a parallel increase in disability-free life expectancy (see Figure 5), while life expectancy without chronic diseases has remained constant (Robine et al, 1996). This apparent contradiction in the changes in morbidity and disability illustrates the theory of dynamic equilibrium proposed by Ken Manton in 1982. With the decline in mortality, the prevalence of chronic diseases increases but these diseases are on the average less severe and are less often the cause of disability (Manton, 1982).

Figure 5: Application of the general model of health transitions to French data, 1981-1982, females



The time series on disability-free life expectancy

Today, a first calculation of health expectancy (disability-free life expectancy or life expectancy in good health), generally obtained with Sullivan's method, is available for 49 countries (see Table 1) and time series exist for 15 of them, principally for the most industrialized of them. Nearly all of these authors belong to REVES (*Réseau Espérance de Vie en Santé / International Network on Health Expectancy and the Disability Process*) which was founded in 1989 (Bone, 1992), and most of these authors now distinguish several levels of disability severity in their calculations.

Table 1: Calculation of health expectancy in the world according to the level of development

Level of development	Number of countries	Countries with these statistics	
		n	%
DMEC	25	20	80.0 %
LDC	47	4	8.5 %
ODC	97	22	22.7 %
ET	22	3	13.6 %
Total	191	49	25.7 %

DMEC: Developed market- economy countries, LDC Least developed countries, ODC: Other developing countries, ET: Economies in transition

These data lined up one after another cover a 25-year period, from 1970 to 1995, and can be used to compare changes in life expectancy to those in disability-free life expectancy, all levels of disability combined, and to those of severe disability-free life expectancy.

Figures 6 and 7 show that although the increase in life expectancy at 65 years of age appears universal and regular in the most industrialized countries, the same is not true for disability-free life expectancy all levels combined. An impression of general stagnation in disability-free life expectancy emerges from the overall data. While life expectancy has clearly increased in 25 years, disability-free life expectancy all levels combined seems to have varied very little. The gains in life expectancy may well be years of disability. Over the last fifteen years, however, the data are more numerous and the majority of them show a tendency toward a slight rise.

Figure 6: Changes in life expectancy and disability-free life expectancy—all levels of disability combined—at 65 years of age, in different countries, males

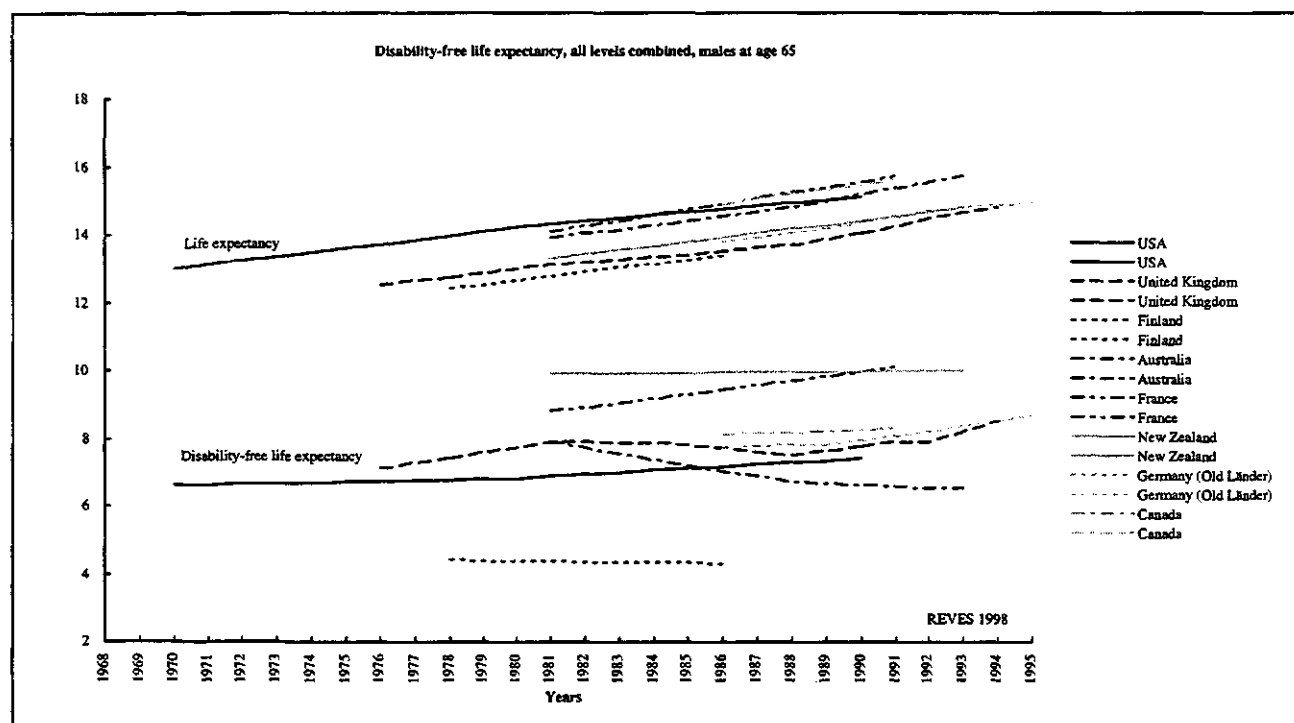
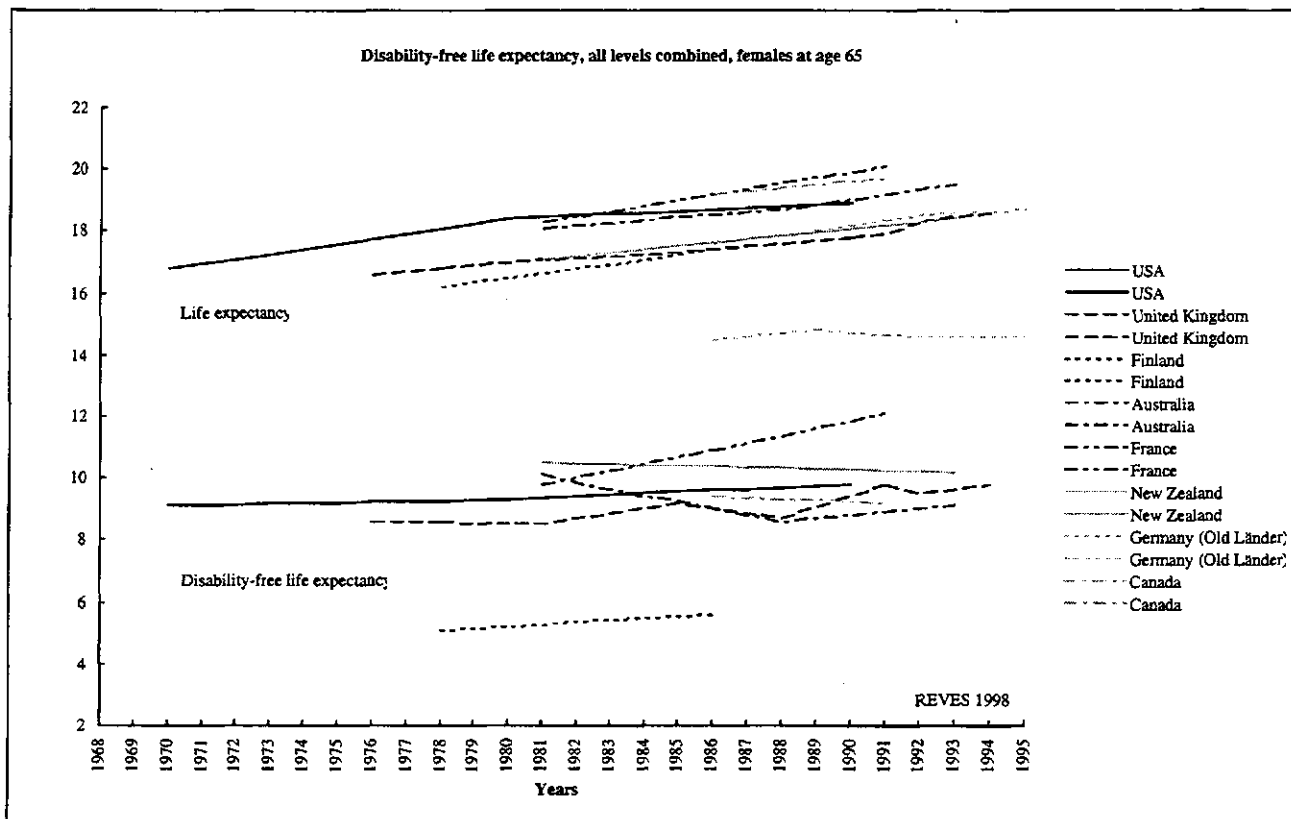


Figure 7: Changes in life expectancy and in disability-free life expectancy—all levels of disability combined—at 65 years of age, in different countries, females

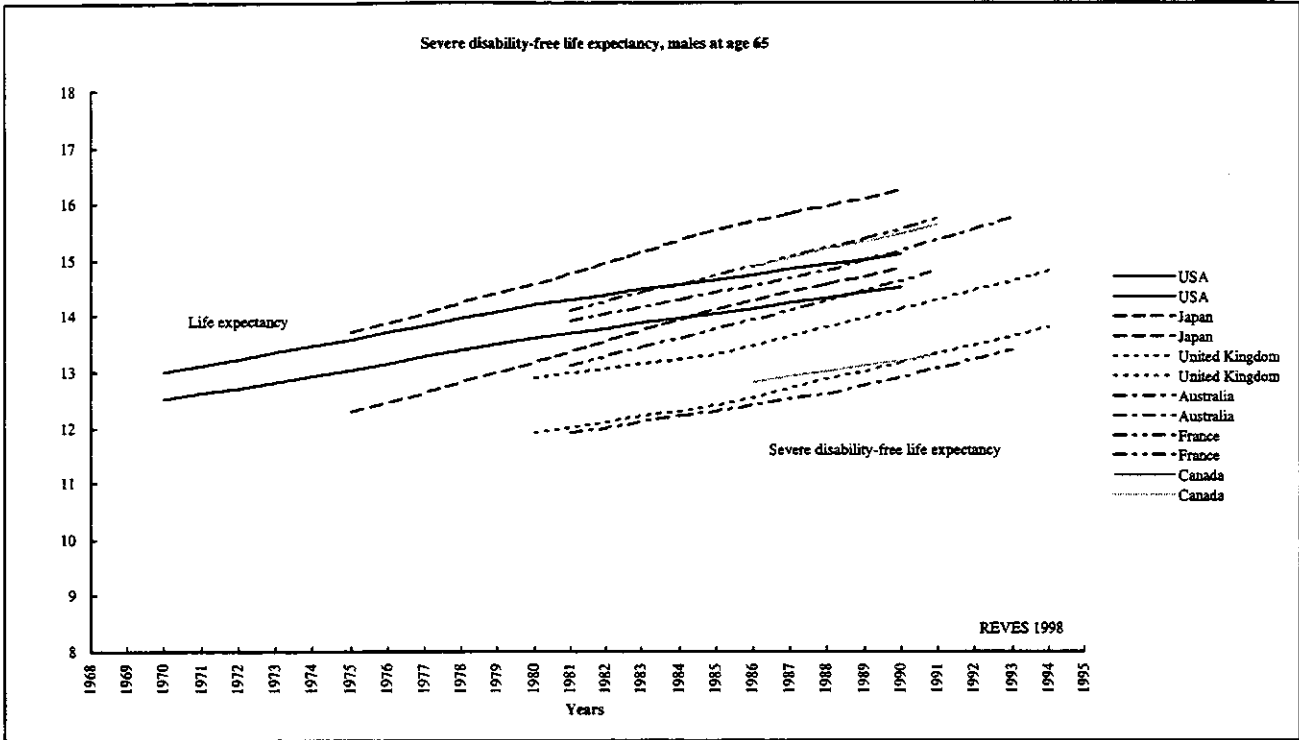


Sources: Crimmins et al., 1989, 1997; Bebbington and Darton, 1996; Sihvonen, 1994; Mathers, 1991, 1996; Robine and Mormiche, 1994; Davis and Graham, 1997; Brckner, 1997; Wilkins et al., 1994.

The following graphs (Figures 8 and 9) show that severe-disability-free life expectancy evolves in parallel with life expectancy in all the countries where data are available, namely the United Kingdom, Australia, Canada, the United States, France, and Japan. This means that if the years gained in life expectancy are years lived with disability (Figures 6 and 7), they are not years at levels of severe disability.

A more careful look at the graphs and a thorough knowledge of the data used in fact allows one to distinguish between very severe disability-free life expectancy (institutionalization and/or bed confinement), which has been evolving along with life expectancy since 1970 (French, American, and Japanese data), and severe disability-free life expectancy (dependence of the ADL type), which seems to have been evolving along with life expectancy only since the end of the 1980s for females (see Figure 9).

Figure 8: Changes in life expectancy and in *severe* disability-free life expectancy at 65 years of age, in different countries, males

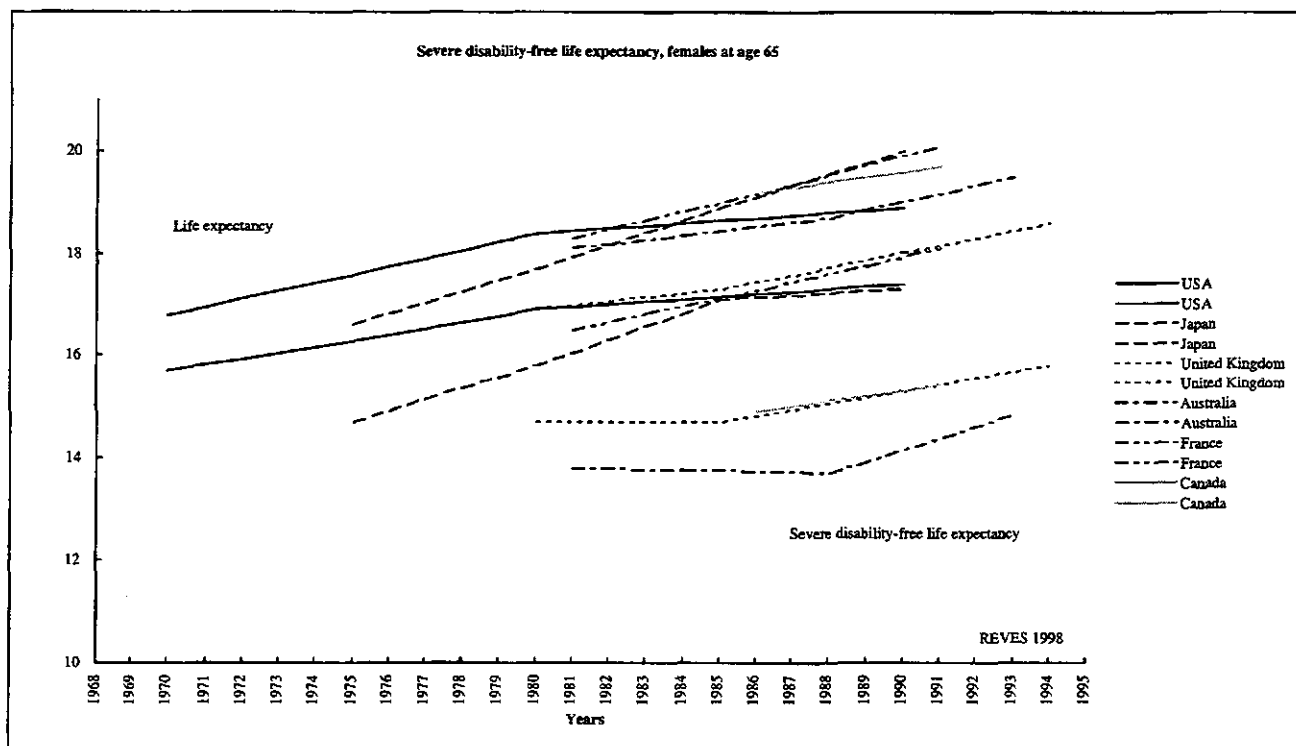


Sources: Crimmins et al., 1989, 1997; Inoue et al., 1997; Bebbington and Darton, 1996; Mathers, 1991, 1996; Robine and Mormiche, 1994; Wilkins et al., 1994.

All these graphs give the impression that 1) very severe disability-free life expectancy has been increasing along with life expectancy since data has been available, 2) severe disability-free life expectancy has been clearly increasing only for the last ten years, and 3) disability-free life expectancy with all levels of disability combined has basically stagnated over the same period, even if most of the data show a tendency toward a slight increase at the end of this period. A result such as this means that disability has evolved very differently depending on the level of severity: a decrease for the most severe levels of disability, greater and earlier onset as the level of severity increases, and an increase for the less severe levels of disability. Changes in disability-free life expectancy all levels of disability combined is no more than the outcome of these contrary changes.

Compared to the preceding studies limited to the analysis of time series on the rates of disability, calculations of disability-free life expectancy and their analysis within REVES suggest that a vital key to the interpretation of the gathered data is the level of severity of disability. The more the levels are severe the more the changes are similar, the less the levels are severe the more the changes vary from one country to another.

Figure 9: Changes in life expectancy and *severe* disability-free life expectancy at 65 years of age, in different countries, females



Sources: Crimmins et al., 1989, 1997; Inoue et al., 1997; Bebbington and Darton, 1996; Mathers, 1991, 1996; Robine and Mormiche, 1994; Wilkins et al., 1994.

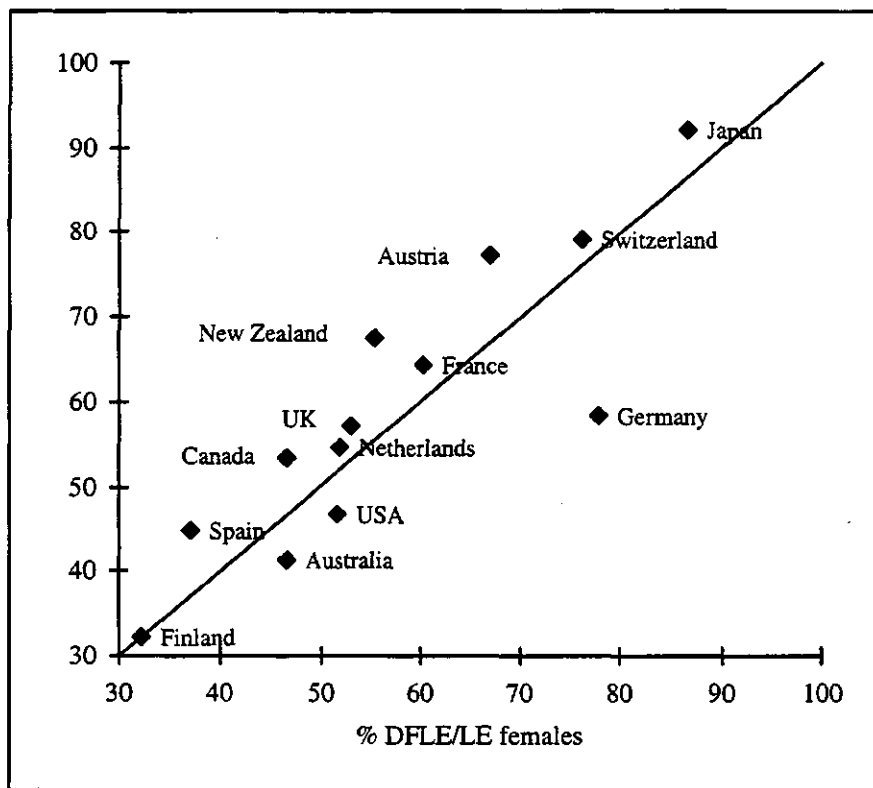
A recent calculation concerning 12 countries of the European Community gives a comparison of the countries in 1994 and situates them on a scale of change over time (Robine et al, 1998). For disability-free life expectancy all levels of disability combined, the values obtained lie exactly on the trend observed for the countries with time series and remain closely grouped (see Annex 3). Fewer than two years of disability-free life expectancy separate most of the countries. For severe disability-free life expectancy, the values obtained for females also lie on the trend observed for the countries with time series of the ADL type and vary only slightly from one country to another. For males, the severe disability-free life expectancy values are slightly more scattered. They also appear weaker than those with available time series. On the whole, however, the European study confirms the severe and all levels of disability combined disability-free life expectancy estimations, previously produced with national data. This study provides a first indication on the differences in disability-free life expectancy between industrialized countries when the data used are strictly comparable. All these studies surely lead to the conclusion that one can live a long time without severe disability.

But one area needing examination remains before answering the question of whether one can expect to live both a long life and a healthy life: the possible trade-off between quantity and quality of life.

Quantity and/or quality of life

The comparison of men and women shows that the latter live longer, live longer without disability, but also live longer with disability. The proportion of years lived without disability within life expectancy differs very little from one sex to the other.

Figure 10: Proportion of disability-free life expectancy within life expectancy (% DFLE/LE): Differences between men and women at 65 years of age in different industrialized countries



It is, on the average, slightly lower for women, as illustrated in Figure 10 where the points are grouped slightly above the diagonal. This means that women pay for their greater longevity with a slightly higher proportion of years lived with disability. But their disability-free life expectancy remains, on the average, clearly above men's.

Comparing socio-economic groups, differentiated according to income, level of education, or profession, shows that not only do the disadvantaged groups (the poor, the least educated, etc.) live shorter lives but they also generally have longer life expectancy with disability than the most advantaged groups. In this case, not only is there no trade-off between the quantity and the quality of the years lived, but on the contrary, there is an accumulation of inequalities in terms of mortality and disability. Within their shorter life expectancy, the most disadvantaged have the highest proportion of years lived with disability. This result surfaces again in all countries with available data by socio-economic category, namely in Austria (Doblhamer and

Kytir, 1996), Belgium (van Oyen et al, 1994), Canada (Wilkins and Adams, 1983; Nault et al, 1996), the United States (Crimmins et al, 1989; Crimmins and Saito, 1993; Hayward and Heron, 1996), Finland (Valkonen et al, 1994), France (Cambois, 1999), the Netherlands (Boshuizen et al, 1994; van den Bos and van der Maas, 1993), and Sweden (Pettersson, 1994).

It seems, therefore, that quantity and quality go hand in hand if one compares the different socio-economic groups, or do not conflict when comparing the sexes. We can therefore expect to live both longer and in better health.

This is confirmed by the English data collected by county (local authorities), showing that the lower the life expectancy the higher the number of years expected in poor health (Bone et al, 1995). Unfortunately, all the geographical studies do not confirm this result. In the same way, the European study shows few correlations between the value of life expectancy at 65 years of age and the value of severe disability-free life expectancy. The result is that the higher the life expectancy the lower the share of life expectancy lived without severe disability. At the two extremes, Ireland, with a female life expectancy at 65 years of age of 17.3 years in 1994, has a share of years lived without severe disability within life expectancy equal to 91.2% of life expectancy; and France, with a female life expectancy of 20.6 years at the same age, has a share of years lived without disability equal to 71.4% (Robine et al, 1998c). The debate remains very much open today.

Current knowledge on the relations between the quantity and the quality of years lived

(1) In brief, the disability-free life expectancy time series suggest different changes depending on the level of disability. Thus, the number of years lived with severe disability apparently does not rise with the increase in life expectancy. For the most severe levels of disability, there could also be even an absolute compression of the time lived with disability. The number of years lived at an intermediate level of disability seems to rise with the increase in life expectancy but in varying proportions from one country to another, which could possibly lead to situations of relative compression of time lived with disability at an intermediate level of severity. The number of years lived with the least severe levels of disability seems to increase relatively more than life expectancy, which would lead to a relative expansion of the time lived with disability at the least severe levels. But in no case do the time series suggest that the increase in life expectancy is accompanied by an absolute decrease in the duration of disability-free life expectancy. The increase in life expectancy seems to go with a decrease in the most severe disability and an increase in the least severe disability. On the average, the increase in life expectancy would go with a decrease in the conditions of disability. The trade-off would not be between longevity and disability but rather between the levels of disability severity.

(2) The comparisons between socio-economic groups do not only disregard the idea of a trade-off between quantity and quality of life, but, on the contrary, also suggest an accumulation of disadvantages.

(3) Nor do comparisons between the sexes lend support to the notion of a trade-off. They suggest a relative independence between quantity and quality. A higher life expectancy would

correspond to a longer time lived with disability but in proportions that would change very little. The share of years lived with or without disability seem to be relatively independent of the life expectancy value.

(4) Geographical comparisons give contradictory results from one study to another and therefore no general conclusion can be drawn from them. For example, the British study reinforces the idea of an accumulation of inequalities whereas the European study suggests the idea that the share of life expectancy without severe disability lowers as life expectancy rises. This last result may seem contradictory with the time series result on severe disability-free life expectancy which showed that severe disability-free life expectancy increased relatively more quickly than overall life expectancy, thus increasing the share of life expectancy lived without severe disability. However, it may be more difficult than we think to use differences declared at a given moment between countries more or less ahead of one another in up-coming transitions, in order to foresee or predict future changes. The geographical correlations between life expectancy and health expectancy have never been very strong and given the current knowledge on the subject, such comparisons do not lead to reliable conclusions.

Several studies have recently appeared which take into account risk factors such as tobacco consumption, physical activity, etc. (Vita et al, 1998; Ferrucci et al, 1999; Leveille et al, 1999; Nusselder et al, 1999 and in press). The study conducted by Vita et al suggests that individuals with the best health habits and the lowest risks (nonsmoking, regular physical activity, normal Body Mass Index value) live not only longer but also postpone the onset age of disability and benefit from a compression of the number of years lived with disability over a shorter period of time at the end of life (Vita et al, 1998). Ferrucci et al showed that individuals with the best risk profile (nonsmokers with high physical activity) have a much higher disability-free life expectancy than those with a poor risk profile (Ferrucci et al, 1999). This result resembles the results comparing men and women. Good risk profiles correspond both to the longest disability-free life expectancy and the longest life expectancy with disability. The study carried out by Nusselder et al showed that nonsmokers had not only longer overall life expectancy and disability-free life expectancy, but also had a lower number of years lived with disability than smokers (Nusselder et al, 1999, and in press). Here again, none of these studies suggests that there is a trade-off between quantity and quality of life, but rather, at least for two of them, that there is a possible compression of disability, quantity and quality going hand in hand.

Conclusion

The study of time series suggests changes common to all the countries studied. Severe disability-free life expectancy seems to have shown a parallel increase to life expectancy whereas disability-free life expectancy, all levels of disability combined, seems to have varied very little even if the majority of the time series leans toward a rise at the end of the study period. Such a result assumes that onset age of severe disability has fallen back concurrently with age at death. It is not the most severely ill who have been kept alive, contrary to Kramer and Gruenberg's fears. Healthcare would seem to have pushed back both the age of severe disability onset and the age of death. This result also assumes that disability at a less severe level has risen. During a longer life, more individuals are accumulating after-effects from

different health incidents, but without the accumulated levels of severity overtaking those from before⁷.

Most of the results of empirical studies are coherent with this analysis. Let us emphasize, however, two points. First, all the geographical studies do not confirm the positive association between the life expectancy value and the severe disability-free life expectancy value. This is not vital to our demonstration but the confirmation of such a spatial relation would have reinforced our conclusions. Next, the disability time series indicating either a drop or a stagnation in the United States do not correspond well with the time series on the most severe disability and on the least severe disability, respectively. Indeed, the time series on ADLs indicate severe disability whereas the time series only on IADLs (i.e., excluding ADL difficulties) indicate a less severe level of disability.

Just as it is impossible to conclude from the increase in life expectancy or the explosion in the numbers of centenarians that potential longevity of the human species has changed, it is impossible to conclude from the decline in the difficulties experienced in activities of daily living that individuals are healthier at the different ages in life. The difficulties in daily living in fact largely depend on the physical and social environment that can be more or less advantageous, facilitating daily activities or, on the contrary, setting up barriers. Yet the environment has changed considerably over the last few years and some of these changes, such as housing improvements and equipment or the multiplication of technical aides, clearly facilitate continuing daily activity.

In this context, a recent analysis carried out by Vicki Freedman and Linda Martin on a first time series on the functional limitations of the elderly in the United States, brings a first very encouraging response. Between 1984 and 1993, functional abilities concerning four aspects—vision of printed characters, lifting and carrying a sack of roughly 10 lb, climbing stairs and walking a quarter of a mile (about 3 city blocks)—were significantly increased (Freedman and Martin, 1998). Setting aside the question of vision which depends partly on the wearing of glasses, these results clearly suggest an improvement in physical vigor.

References

- Anttila S (1991) Functional capacity in two elderly populations aged 75 or over: comparisons at 10 years' interval. *J Clin Epidemiol* 44:1181-1186.
- Bebbington AC, Darton RA (1996) *Healthy life expectancy in England and Wales: recent evidence*. : PSSRU. 62p.
- Bone MR (1992) International efforts to measure health expectancy. *J Epidemiol Community Health* 46:555-558
- Bone MR, Bebbington AC, Jagger C, Morgan K, Nicolaas G (1995) *Health expectancy and its uses*. London: HMSO. 90p.

⁷ A future hypothesis would be that individuals are concentrated more and more in "almost perfect" functional health corresponding to the minimal level of life's debilitating consequences.

- Boshuizen HC, van de Water HPA, Perenboom RJM (1994). *Socio-economic differences in health expectancy in the Netherlands*. In: Mathers CD, McCallum J, Robine JM, (Eds). *Advances in health expectancies*. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare, AGPS.
- Brckner G (1997) *Health-adjusted forms of life expectancy in Germany: what do we learn from the reunification process?* In: 10th Work-group meeting REVES, International Research Network for Interpretation of Observed Values of Healthy Life Expectancy, Tokyo, October.
- Buffon (1749) *Oeuvres complètes*. Paris, P Dumènil Editeur (Edition de 1836).
- Cambois E (1999) *Calcul d'espérances de vie sans incapacité selon le statut social dans la population masculine française, 1980-1991 : un indicateur de l'Évolution des inégalités sociales de santé*. Institut des Etudes Politiques de Paris, Thèse de doctorat de troisième cycle en Sciences Economiques Mention Démographie Economique.
- Charbonneau H, Desjardins B (1990) Vivre cent ans dans la vallée du Saint-Laurent avant 1800. *Annales de Démographie Historique*: 218-226.
- Colvez A, Blanchet M (1981) Disability trends in the United States population 1966-76: analysis of reported causes. *American Journal of Public Health* 71(5):464-471.
- Comfort A (1956) *Ageing, the biology of senescence*. Routledge and Kegan Paul, London. (Edition de 1964).
- Crimmins EM (1990) Are Americans healthier as well as longer-lived? *Journal of Insurance Medicine* 22(2):89-92.
- Crimmins EM (1996) Mixed trends in population health among older adults. *Journal of Gerontology: Social Sciences* 51B(5):S223-S225.
- Crimmins EM Ingegneri DG (1991) *Trends in health among the American population*. Paper prepared for the Pension Research Council Symposium.
- Crimmins EM, Saito Y (1993) *Trends in disability-free life expectancy in the United States, 1970-1990: Gender, racial and socioeconomic differences*. Paper prepared for the 1993 IUSSP General Convention in Montreal.
- Crimmins EM, Saito Y, Ingegneri D (1989) Changes in life expectancy and disability-free life expectancy in the United States. *Popul Dev Rev* 15:235-267.
- Crimmins EM, Saito Y, Ingegneri D (1997) Trends in disability-free life expectancy in the United States, 1970-90. *Popul Dev Rev* 23:555-572.
- Crimmins EM, Saito Yasuhiko, Reynolds SL (1997) Further evidence on recent trends in prevalence and incidence of disability among older Americans from two sources: the LSOA and the NHIS. *Journal of Gerontology: Social Sciences* 52B(2):S59-S271.
- Cutler RG (1985) La biologie du vieillissement et de la longévité. *Gerontologica Biomedica Acta* 1:7-61.
- Davis P, Graham P (1997) *Personal communication to REVES*.
- Desjardins B (1998) *Marie Louise Meilleur: The World's oldest person?* In: Odense Monographs on Population Aging :65-78.
- Dinh QC (1995) *Projection de population totale pour la France 1990-2050*. Paris, INSEE, 412 (INSEE Résultats).

- Dinh QC D, Labat JC (1979) *Projection de la population totale pour la France, 1975-2020*. INSEE D63.
- Doblhammer G, Kytir J (1996) *Social inequalities in mortality and morbidity: Consequences for DFLE*. In: 9th Work-group meeting REVES, International Research Network for Interpretation of Observed Values of Healthy Life Expectancy, Rome, December.
- Dup,quier J, Dup,quier M (1985) *Histoire de la démographie*. Paris, Librairie Académique Perrin.
- Feldman JJ (1983) Work ability of the aged under conditions of improving mortality. *Milbank Memorial Fund Quarterly / Health and Society* 61(3):430-444.
- Ferrucci L, Izmirlian G, Leveille SG, Phillips CL, Corti MC, Brock DB, Guralnick JM, (1999) Smoking, physical activity and active life expectancy. *Am J of Epidemiology* :149(7):645-653.
- Freedman VA, Martin GM (1998) Undersanding trends in functional limitations among older Americans. *Am J Public Health* 88(10):1457-1462.
- Freedman VA. Soldo JS (1994) *Trends in disability at older ages*. National Academy Press, Washington, 1994.
- Fries JF (1980) Aging, natural death, and the compression of morbidity. *N Engl J Med* 303:130-135.
- Fries JF (1984) The compression of morbidity: Miscellaneous comments about a theme. *The Gerontologist* 24(4):354-359.
- Fries JF (1989) The compression of morbidity: near or far? *Milbank Memorial Fund Q* 67:208-232.
- Gavrilov LA, Gavrilova NS (1991) *The biology of life span: a quantitative approach*. Chur, Harwood Academic Publishers.
- Gruenberg EM (1977) The failures of success. *Milbank Memorial Fund Q/ Health Soc* 55: 3-24.
- Grundy E (1997) The health and health care of older adults in England and Wales, 1841-1994. In: Charlton J, Murphy M (Eds). *The health of adult Britain 1841 - 1994*. London, The Stationery Office (Vol 1 and 2).
- Gumbel EJ (1937) *La durèe de vie extrême de la vie humaine*. Paris, Hermann et C^{ie}, Editeurs.
- Hayflick L (1981) *Prospects for human extension by genetic manipulation*. In Danon D, Shock NW, Marois M Eds. *Aging: challenge to science and society*. Oxford University Press Vol 1:162-179.
- Hayward MD, Heron M (1996) *Racial Inequality in Active Life Among Adult Americans*. In: 9th Work-group meeting REVES, International Research Network for Interpretation of Observed Values of Healthy Life Expectancy, Rome, December.
- Heeres EJ (Non Datè) *Kwartier staat van Geert Adiaans Boomgaard, de Nederlandse Methusalem*.
- Horiuchi S, Wilmoth JR (1998) Deceleration in the age pattern of mortality at older ages. *Demography* 35(4):191-412.
- Ãnooue T, Shigematsu T, Nanjo Z (1997) Health life tables in Japan, 1990: a quality of the longest life expectancy in the world. *Minzoku Eisei* 63(4):226-240.
- INSEE (1961) *Annuaire Statistique de la France, Rétropectif*. Paris, INSEE.

- Jagger C, Clarke M, Clarke SJ (1991) Getting older - feeling younger: the changing health profile of the elderly. *Int J Epidemiol* 20:234-238.
- Jeune B (1995) *In search of the first centenarians*. In: Jeune B, Vaupel JW Eds. *Exceptional longevity: From prehistory to the present*. Odense University, Odense Monographs on Population Aging 2
- Kerjosse R, Tamby I (1999) *La situation démographique en 1996*. Paris, INSEE (Démographie-Société 70-71).
- Kramer M (1980) The rising pandemic of mental disorders and associated chronic diseases and disabilities. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 62(Suppl. 285):282-297.
- Labat JC, Dekneudt J (1989) *Combien y a-t-il de centenaires ?* In: INSEE ed *Les ménages : mélanges en l'honneur de Jacques Desabie*. Paris Imprimerie Nationale
- LaRoche S, Morin JP (1994) *Etude des variations entre les taux d'incapacité de l'ESLA de 1986 et de 1991*. Statistique Canada, Division des méthodes d'enquêtes sociales.
- Laslett P (1994) *Communication personnelle concernant Charlotte Hughes*.
- Leveille SG, Guralnick JM, Ferrucci L, Langlois JA (1999) Aging successfully until death in old age: Opportunities for increasing active life expectancy. *Am J of Epidemiology* :149(7):654-664.
- Levy ML (1998) La population de la France, 1995-1997. *Population et Sociétés* n° 333.
- Manton KG (1982) Changing concepts of morbidity and mortality in the elderly population. *Milbank Memorial Fund Q / Health Soc* 60:183-244.
- Manton KG, Corder LS, Stallard E (1993a) Estimates of change in chronic disability and institutional incidence and prevalence rates in the U.S. elderly population from the 1982, 1984, and 1989 National Long Term Care Survey. *Journal of Gerontology: Social Sciences* 48(4):S153-S166.
- Manton KG, Corder LS, Stallard E (1993b) Changes in the use of personal assistance and special equipment from 1982 to 1989: results from the 1982 and 1989 NLTCS. *The Gerontologist* 1993;33(2):168-176.
- Manton KG, Corder LS, Stallard E (1997) Chronic disability trends in elderly United States populations: 1982-1994. *Proc Natl Acad Sci USA* 94:2593-2598.
- Manton KG, Stallard E, Corder LS (1995) Changes in morbidity and chronic disability in the US elderly population: Evidence from the 1982, 1984 and 1989 National Long Term Care Survey. *Journal of Gerontology: Social Sciences* 50B(4):S194-S204.
- Manton KG, Stallard E, Corder LS (1998) Dynamics of dimensions of age-related disability 1982 to 1994 in the US elderly population. *Journal of Gerontology: Biological Sciences* 53A(1):B59-B70.
- Mathers CD (1991) *Health expectancies in Australia, 1981 and 1988*. Canberra, ACT: Australian Institute of Health Publications.
- Mathers CD (1996) Trends in health expectancies in Australia 1981-1993. *J Aust Popul Assoc* 13:1-15.
- Meslè F, Vallin J (1998) *Evolution de la mortalité aux âges élevés en France depuis 1950*. INED, Dossiers et Recherches n° 68.

- Mizrahi A, Mizrahi A (1989) *Evolution de l'état de santé. Risque vital et invalidité*. CREDES, n° 814.
- Mizrahi A, Mizrahi A (1993) *Evolution des déficiences et des soins aux personnes âgées en institution, France 1977-1988*. CREDES, n° 966.
- Mizrahi A, Mizrahi A (1994). *L'Évolution paradoxale de l'état de santé des personnes âgées en France : amélioration du pronostic vital, diminution de l'incapacité et augmentation du nombre de maladies*. Conference 'Economics of Aging', CREDES, n° 1027.
- Myers GC, Manton KG (1984) Compression of mortality: Myth or reality? *The Gerontologist* 24(4):346-353.
- Nault F, Roberge R, Berthelot JM (1996) Espérance de vie et espérance de vie en santé selon le sexe, l'état matrimonial et le statut socio-économique au Canada. *Cahiers Québécois de Démographie* 25(2):241-259.
- Newacheck PW, Budetti PP, Halfon N (1986) Trends in activity-limiting chronic conditions among children. *American Journal of Public Health* 76(2):178-184.
- Newacheck PW, Budetti PP, McManus P (1984) Trends in Childhood disability. *American Journal of Public Health* 74(3):232-236.
- Nusselder WJ, Looman CWN, Marang van de Mheen PJ, Mackenbach JP (1999) *Smoking and the compression of morbidity*. REVES 11th, London 15-17 April 1999.
- Nusselder WJ, Looman CWN, Marang van de Mheen PJ, van de Mheen H, Mackenbach JP (in press) *Smoking elimination produces compression of morbidity*. (accepted for publication).
- Palmore EB (1987) Some errors and irrelevancies in the debate over compression of morbidity. *Gerontologica Perspecta* 1:30-31.
- Palmore EB (1996) Trends in the health of the aged. *The Gerontologist* 26(3):298-302.
- Perks W (1932) On some experiments on the graduation of mortality statistics. *J of the Institute of Actuaries* 63:12-40.
- Petterson H (1994) *Sweden (Country report)*. In: Robine JM, Mathers C; Stevenson C, d'Espaignet ET. General report of the 7th meeting of the international network on health expectancy. REVES paper n°195.
- Preston SH (1992) *Cohort succession and the future of the oldest old*. In: Suzman RM, Willis DP, Manton KG. *The oldest old*. Oxford University Press, :50-57.
- Riley JC (1990) The risk of being sick: morbidity trends in four countries. *Population and development Review* 1990;16(3):403-432.
- Robine JM, Allard M (1995) Validation of the exceptional longevity case of a 120 year-old woman. *Facts and research in Gerontology* :363-367.
- Robine JM, Allard M (1998) The oldest human. *Science* 279:1834-1835.
- Robine JM, Cambois E, Romieu I (1998a) *Construction de différents scénarios de l'évolution de l'état de santé de la population française à l'horizon 2020*. Montpellier, INSERM (Rapport à la MIRE).
- Robine JM, Mormiche P (1994) Estimation de la valeur de l'espérance de vie sans incapacité en France en 1991. *Solidarité Santé* (1):17-36.

- Robine JM, Mormiche P, Cambois E (1996) Evolution des courbes de survie totale, sans maladie chronique et sans incapacité en France de 1981 à 1991: application d'un modèle de l'OMS. *Annales de Démographie Historique* :99-115.
- Robine JM, Mormiche P, Sermet C (1998b) Examination of the causes and mechanisms of the increase in disability-free life expectancy. *Journal of Aging and Health*. 10(2):171-191.
- Robine JM, Romieu I (1998) *Healthy active ageing: health expectancies at age 65 in the different parts of the world*. REVES paper 318, May 1998.
- Robine JM, Romieu I, Jagger C, Egidi V (1998c) *Les espérances de santé dans l'Union européenne : Analyse des données du Panel des Ménages de la Communauté Européenne*. REVES paper 320, (en cours de traduction dans l'ensemble des langues communautaires par la DG V).
- Rodgers Mayer E (1997) *Sarah Clark Knauss, age 117 years*. Phobe Ministries.
- Roos NP, Havens B, Black C (1993) Living longer but doing worse: assessing health status in elderly persons at two points in time in Manitoba, Canada. *Soc Sci Med* 36:273-282.
- Sanders BS (1964) Measuring community health levels. *Am J Public Health* 54:1063-1070.
- Sihvonen AP (1994) *Suomalaisten toimintakykyiset elinvuodet. Metodinen tarkastelu ja mittaaminen* (Health expectancy in Finland. Methodological considerations and measurement). Helsinki: STAKES. (Report no 148).
- Skytthe A, Jeune B (1995) *Danish centenarians after 1800*. In: Jeune B, Vaupel JW Eds. *Exceptional longevity: From prehistory to the present*. (Odense Monographs on Population Aging 2).
- Spiers N, Jagger C, Clarke M (1996) Physical function and perceived health: Cohort differences and interrelationships in older people. *Journal of Gerontology: Social Sciences* 51B(5):S226-S233.
- Strehler BL (1975) Implications of aging research for society. In: Theoretical concepts of developmental and age changes. *Federation Proceedings* 34(1):5-8.
- Sullivan DF (1971) A single index of mortality and morbidity. *HSMHA Health Reports* 86:347-354.
- Svanborg A (1988) *Cohort differences in the G`teborg studies of Swedish 70-year olds*. In: Brody JA, Maddox GL (Eds) *Epidemiology and aging*. Springer Publishing Compagny :27-35.
- Thatcher AR (1992) Trends in number and mortality at high ages in England and Wales *Population Studies* 46:411-426.
- Thatcher AR (1997) *Trends and prospects at very high ages*. In: Charlton J, Murphy M (Eds). *The health of adult Britain 1841 - 1994*. London, The Stationery Office (Vol 1 and 2).
- Thatcher AR (1998) *Katherine Plunket: A well documented super-centenarian in 1930*. In: Odense Monographs on Population Aging :135-138.
- Thatcher AR (1999) The long-term pattern of adult mortality and the highest attained age. *J R Statist Soc* 162(Part1):5-43.
- Thatcher AR, Kannisto V, Vaupel JW (1998) *The force of mortality at ages 80 to 120*. (Odense Monographs on Population Aging 5).
- Thoms WJ (1873) *Human longevity*. London: John Murray.

Toshiaki Inagati et al, (199X) article en japonais.

Valkonen T, Sihvonen AP, Lahelma E (1994). *Disability-free life expectancy by level of education in Finland*. In: Mathers CD, McCallum J, Robine JM, (Eds). *Advances in health expectancies*. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare, AGPS.

van den Bos GAM, van der Maas PJ (1993) *Social inequalities in the basic indicators of health expectancy: chronic morbidity, disability and mortality*. In: *Calculation of health expectancies: harmonization, consensus achieved and future perspectives*. Montrouge: John Libbey Eurotext.

van Oyen H, Tafforeau J, Roelands M (1994). *Regional inequities in health expectancy in Belgium*. In: Mathers CD, McCallum J, Robine JM, (Eds). *Advances in health expectancies*. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare, AGPS.

Vaupel JW, Jeune B (1995) *The emergence and proliferation of centenarians*. In: Jeune B, Vaupel JW Eds. *Exceptional longevity: From prehistory to the present*. Odense University, Odense Monographs on Population Aging 2.

Verbrugge LM (1984) Longer life but worsening health? Trends in health and mortality of middle-aged and older persons. *Memorial Fund Quarterly / Health and Society* 62(3):475-519.

Verbrugge LM (1989) Recent, present, and future health of American adults. *Annu. Rev Public Health* 10:333-361.

Vita AJ, Terry RB, Hubert HB, Fries JF (1998) Aging, health risks, and cumulative disability. *New Engl J Med* 338:1035-1041.

Waidmann T, Bound J, Schoenbaum M (1995) The illusion of failure: trends in self-reported health of the US elderly. *The Milbank Quarterly* 73(2):253-287.

Waidmann T, Manton KG (1998) *International evidence on disability trends among the elderly*. US Dept of Health and Human Services, Office of Disability, aging, and Long-Term Care Policy.

Wilkins R, Adams OB (1983) Health expectancy in Canada, late 1970s: demographic, regional and social dimensions. *American J Public Health* 73, 9: 1073-1080.

Wilkins R, Chen J, Ng E (1994) *Changes in health expectancy in Canada from 1986 to 1991*. In: Mathers CD, McCallum J, Robine JM, Eds. *Advances in health expectancies*. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare, AGPS:115-132.

Wilmoth JR (1997) *In search of limits*. In: *Between Zeus and the salmon*. National Research Council.

Wilmoth JR, Lundström H (1996) Extreme longevity in five countries: Presentation of trends with special attention to issues of data quality. *European Journal of Population* 12(1):63-93.

Wilmoth JR, Skytthe A, Friou D, Jeune B (1996) The oldest man ever? A case study of exceptional longevity. *The Gerontologist* 36(6):783-788.

Winblad I (1993) Comparaison of the prevalence of disability in two birth cohorts at the age of 75 years and older. *J Clin Epidemiol* 46(3):303-308.

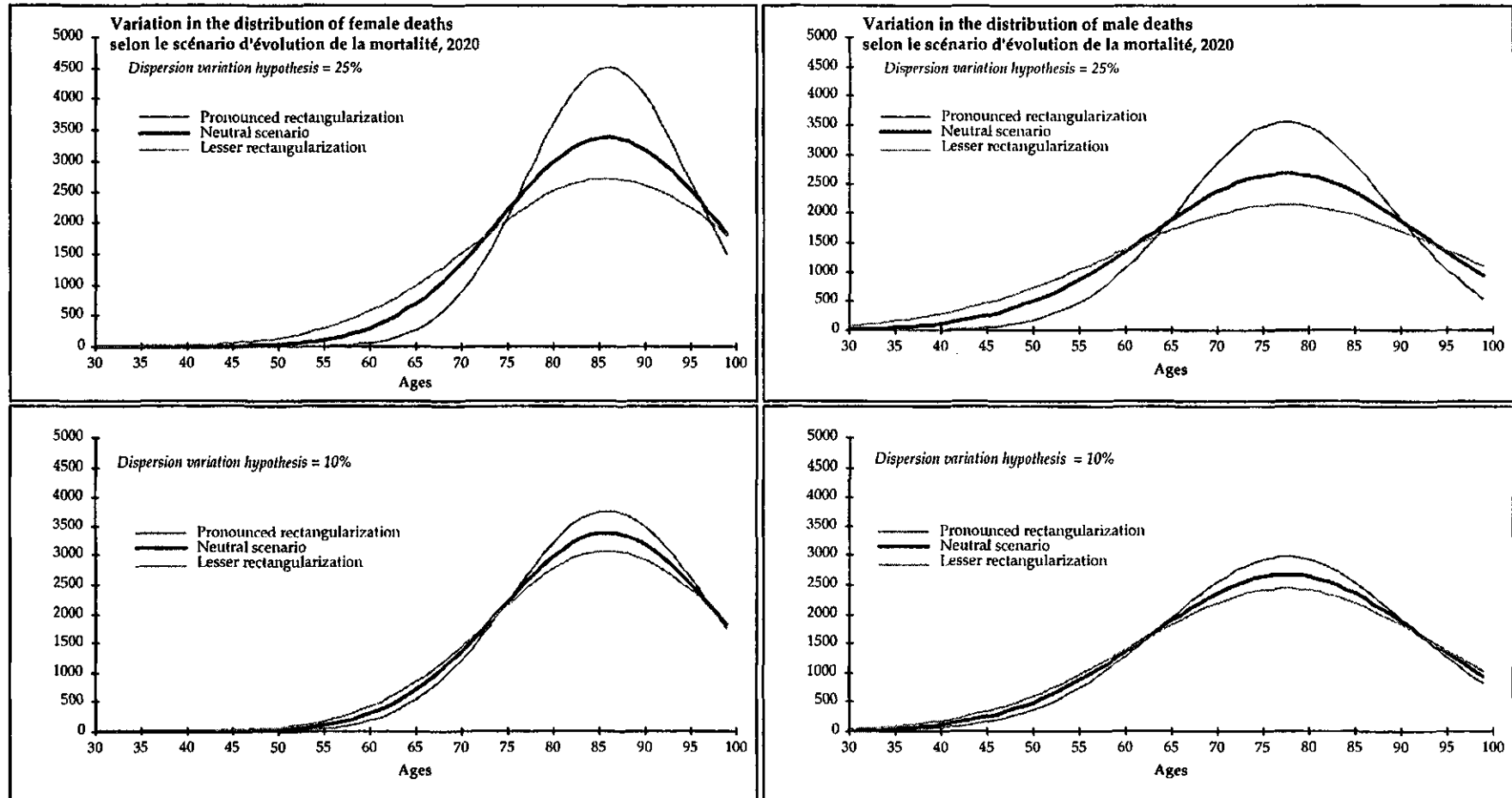
World Health Organization (1984) *The uses of epidemiology in the study of the elderly : Report of a WHO scientific group on the epidemiology of aging*. Geneva: WHO (Technical Report Series 706).

Annex 1: - Modeling the distribution of deaths according to a normal law, dispersion around life expectancy

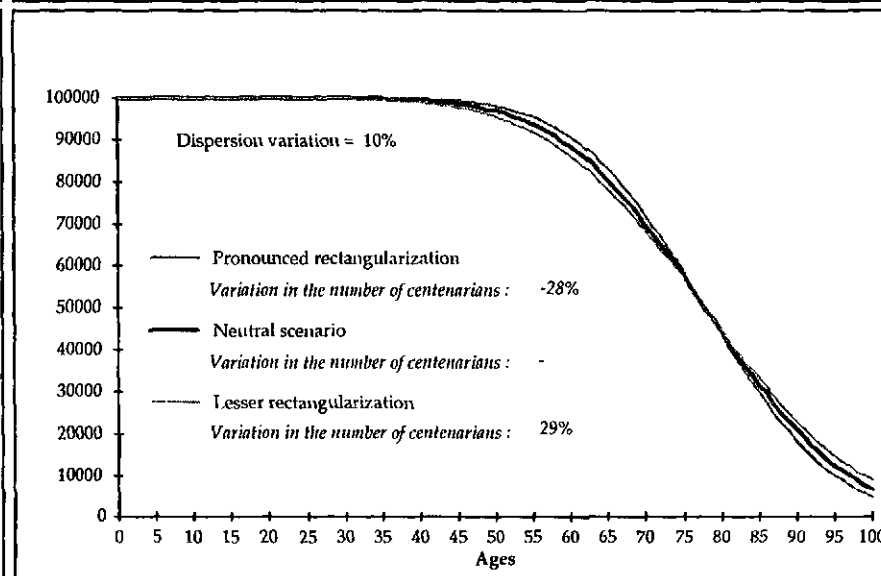
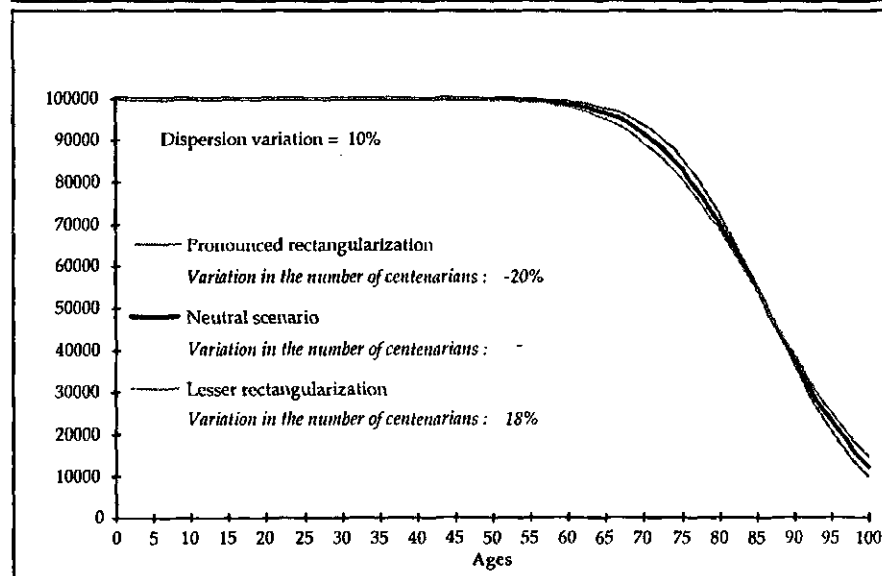
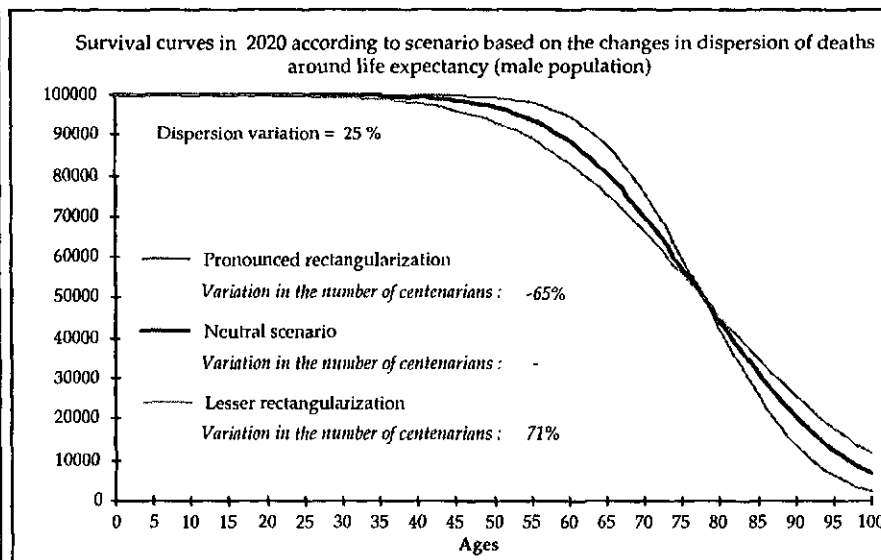
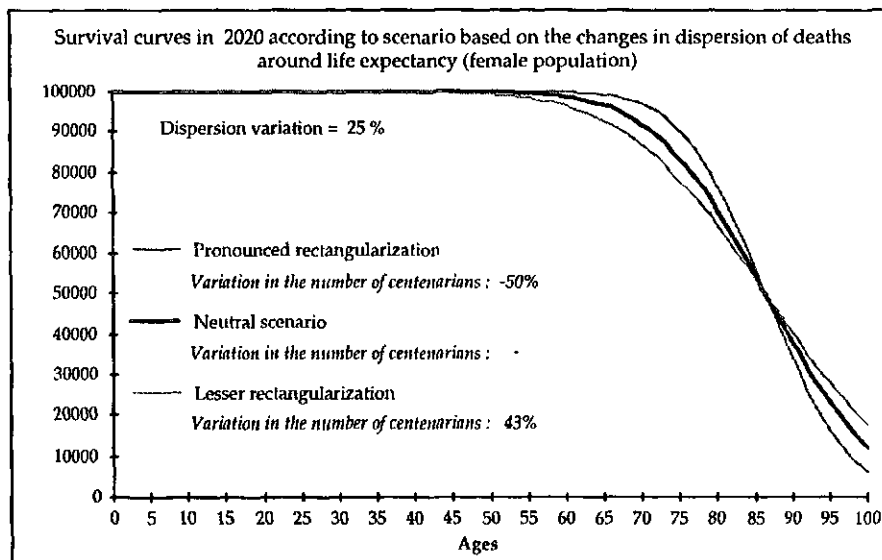
Neutral scenario: the dispersion of deaths according to the observed trend in France between 1970 and 1990

Increase in the observed dispersion of deaths between 1990 and 2020, 25% and 10%

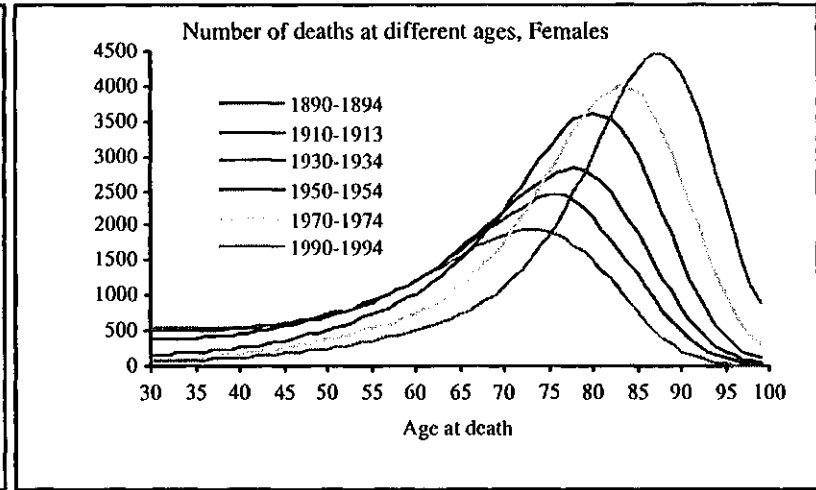
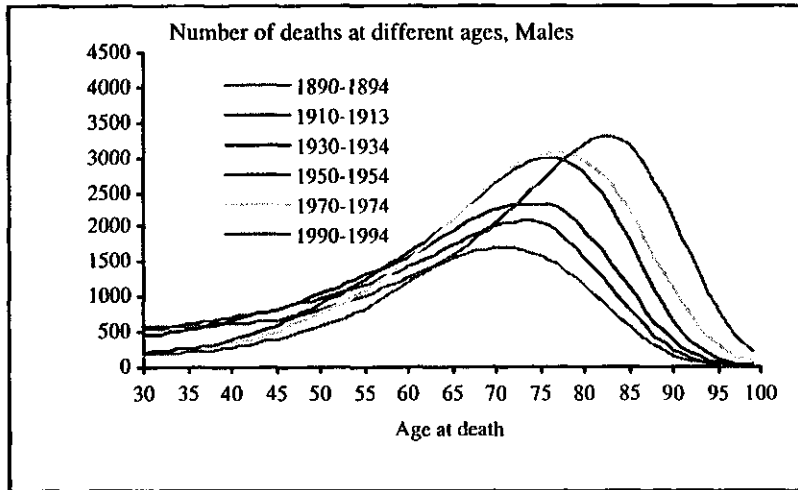
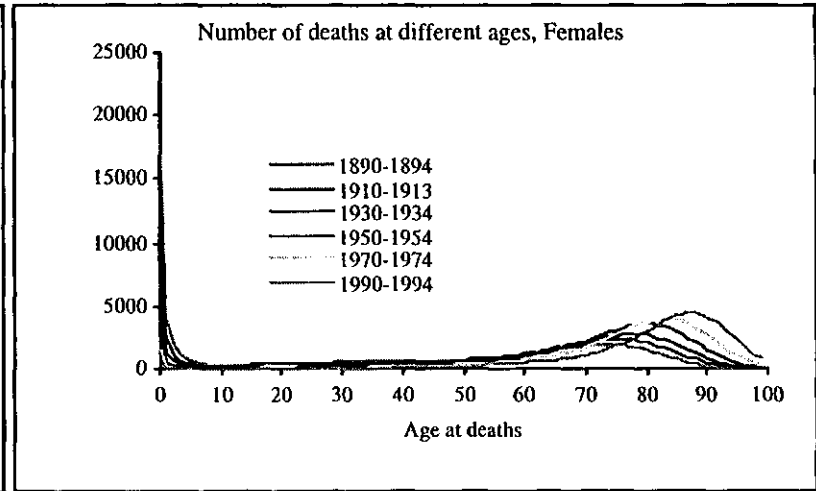
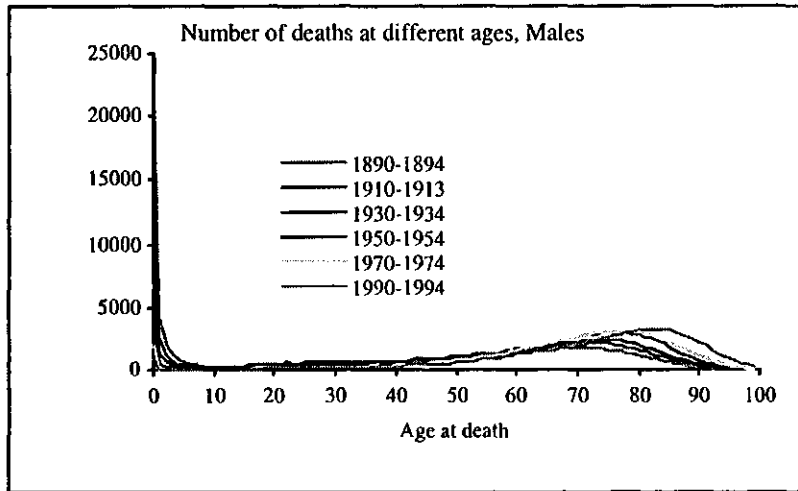
Decrease in the observed dispersion of deaths between 1990 and 2020, 25% and 10%



Annex 1 (continued): Theoretical survival curves, deduced from the distribution according to a normal law

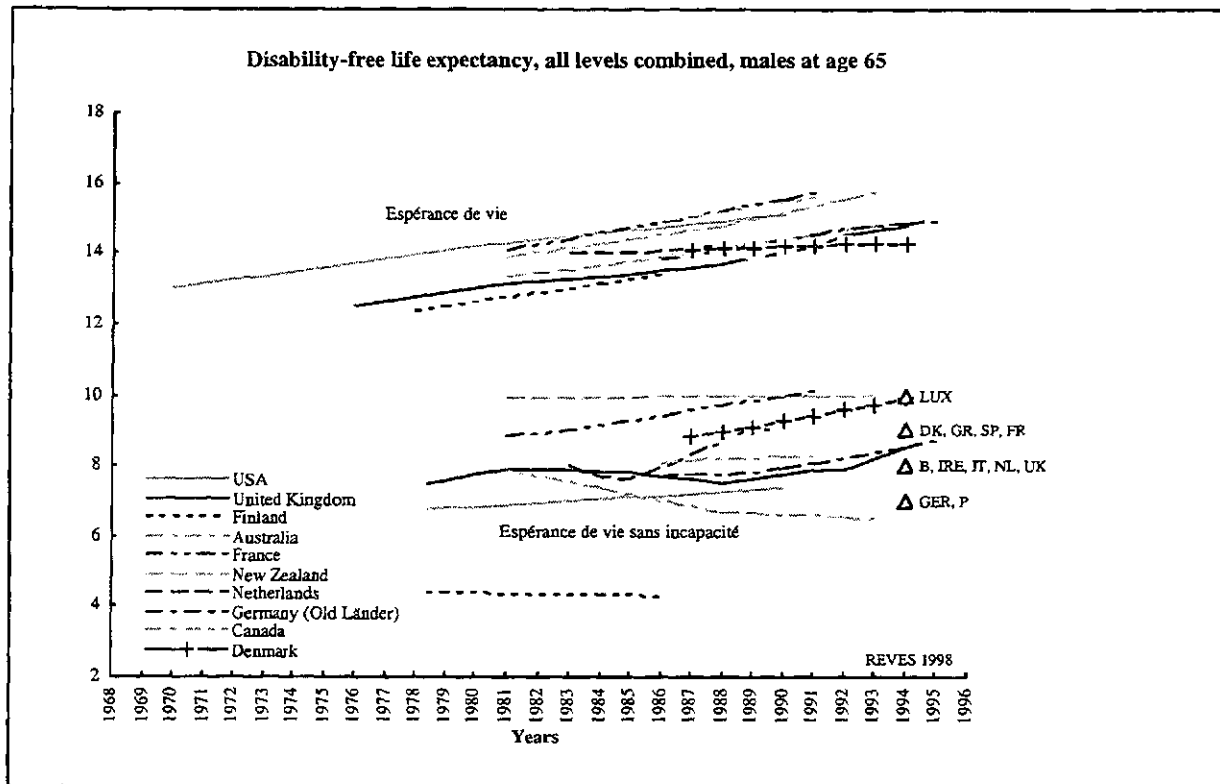


Annex 2: Distribution of deaths in France from 1890-1894 to 1990-1994 (Tables of the moment for 100,000)

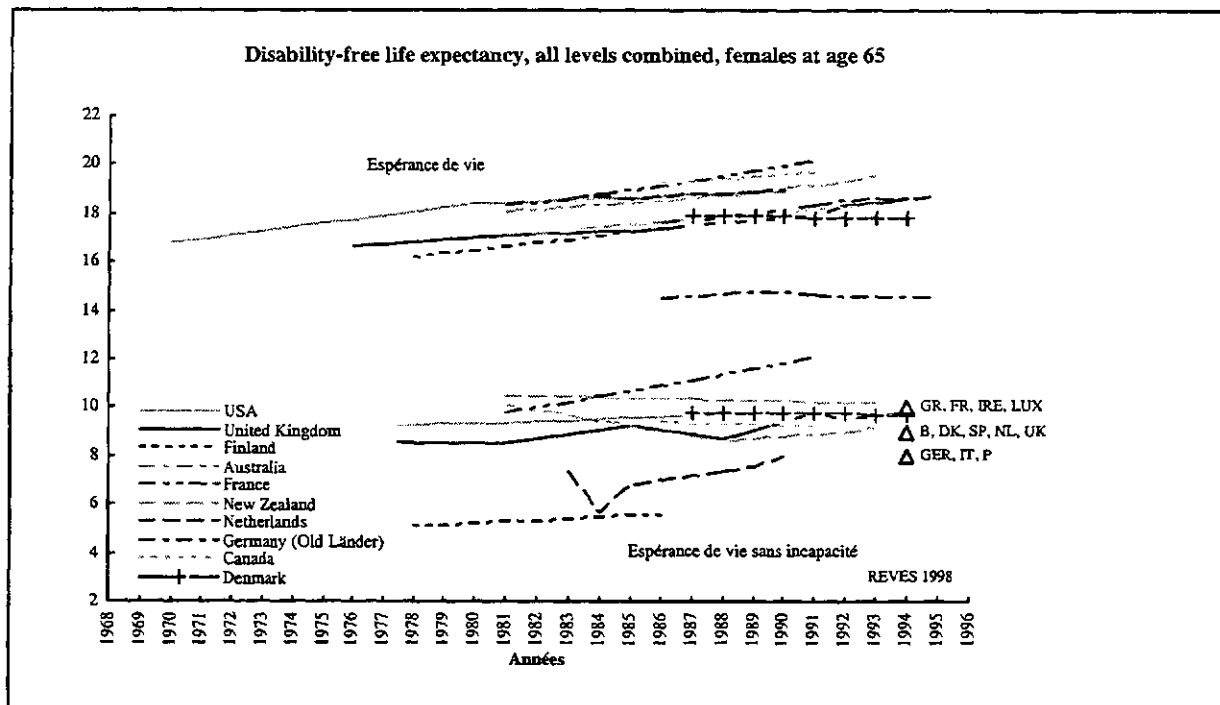


Annex 3: Trends in disability-free life expectancy and disability-free life expectancy values calculated with data provided by the European Community Households Panel (ECHP) in 1994

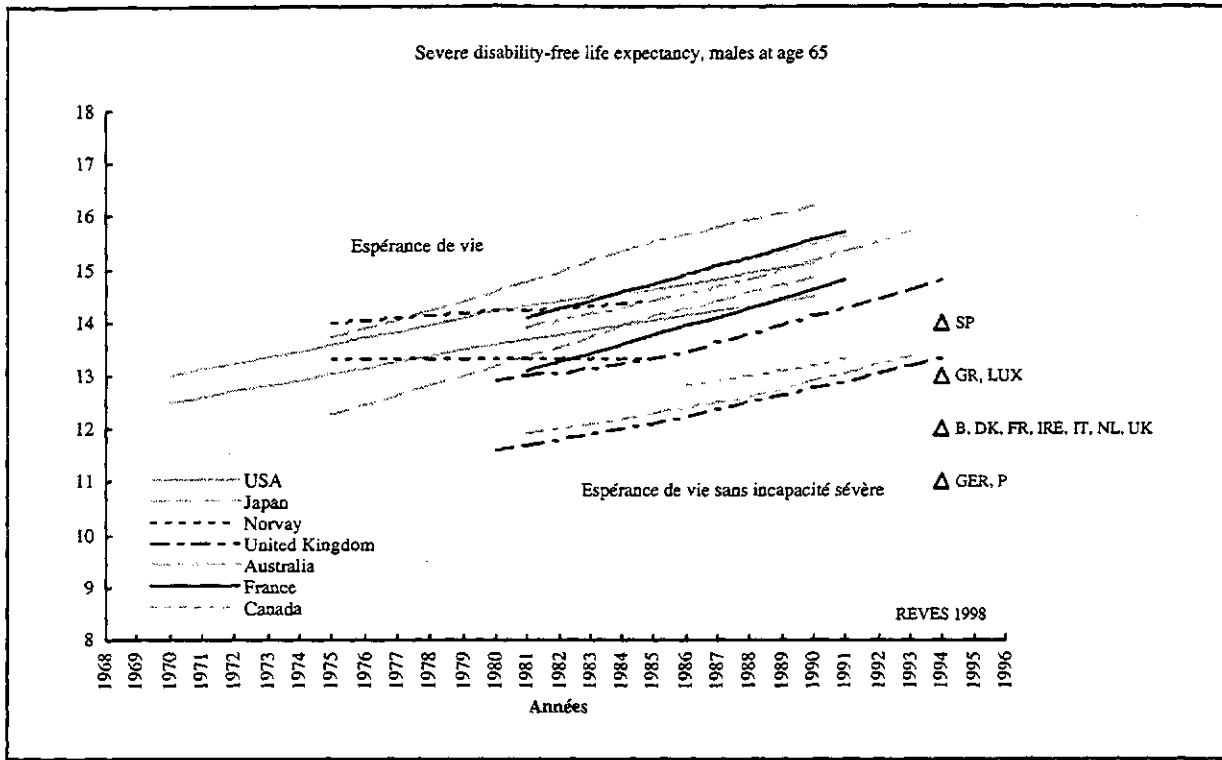
Disability-free life expectancy, all levels combined, males at age 65



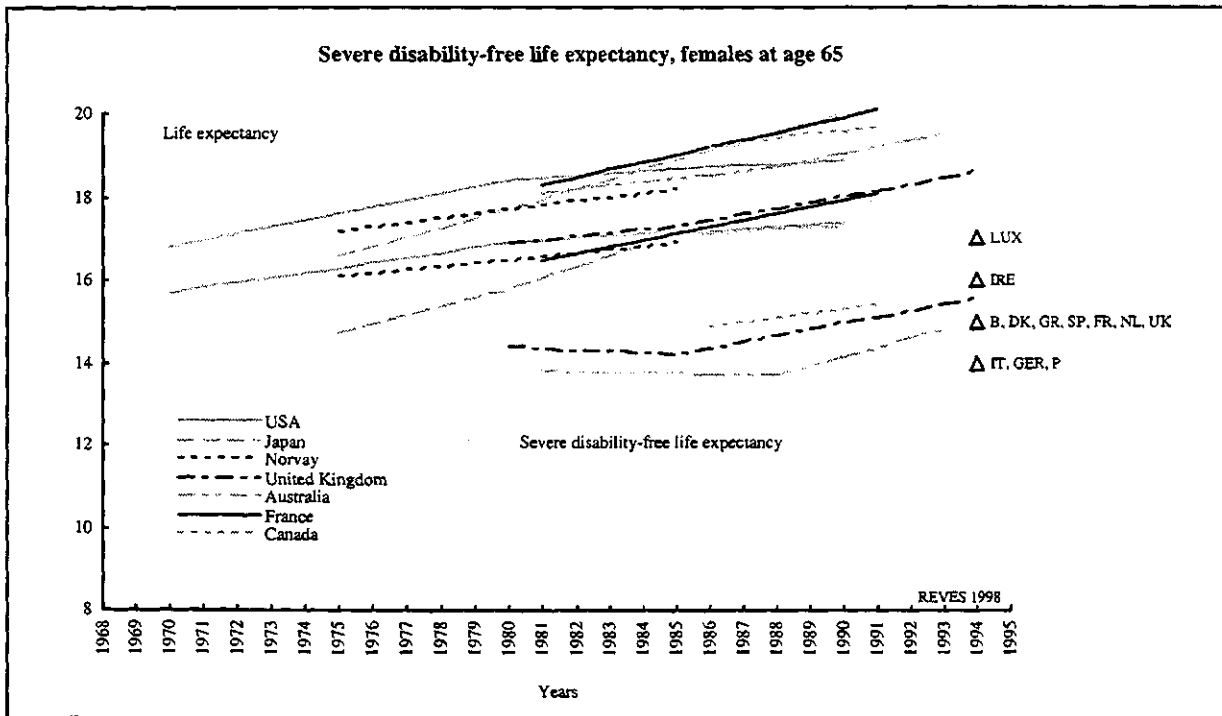
Disability-free life expectancy, all levels combined, females at age 65



Severe disability-free life expectancy, males at age 65



Severe disability-free life expectancy, females at age 65



II.2 PERSPECTIVAS PARA UN ENVEJECIMIENTO SALUDABLE EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

*Martha Peláez*¹
*Alberto Palloni*²
*Marcela Ferrer*³

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento de la población es uno de los fenómenos de mayor impacto de este siglo y, seguramente, crucial en la construcción de la historia del siglo XXI. En términos estrictamente demográficos, alude al aumento de la importancia relativa de las personas de 60 y más años de edad y a una prolongación cada vez mayor de la esperanza de vida al nacer y a los sesenta años. Mas allá de ser un fenómeno demográfico que permite hablar de poblaciones envejecidas, quienes envejecen son las personas - sus organismos alcanzan cada vez edades más avanzadas- y son las sociedades las que deben buscar formas adecuadas para responder a este proceso.

Las sociedades que están envejeciendo deben enfrentarse con una serie de dilemas. Entre ellos, ninguno se destaca tanto como la situación de salud de las personas de sesenta o más años. Los gastos de atención de la salud son el componente más importante de las transferencias hacia los adultos mayores (Wise, 1997). El nivel de estos gastos y su proyección en el futuro próximo son de vital importancia para un diseño adecuado de las políticas de salud y para las evaluaciones de las fortalezas y debilidades de los programas de seguridad social (Wise, 1997; Lee y Tuljapurkar, 1997). La magnitud real de estos gastos depende de varias variables, sobre las cuales se tiene poca información.

El envejecimiento de la población en los países de América Latina y el Caribe está en distintas etapas de desarrollo. En algunos países ya ha alcanzado niveles que desde hace bastante tiempo demandan intervenciones concretas, mientras que en otros sólo comenzarán a ser evidentes en el próximo siglo. Esta situación brinda una oportunidad única para la transmisión y discusión de las experiencias entre países, en particular las referidas a políticas de salud para la población de 60 o más años o adultos mayores.

El envejecimiento de los individuos es un proceso natural que consiste en un deterioro progresivo del organismo, que comienza antes del nacimiento y continúa durante todo el ciclo de vida. Sin embargo, no todas las personas envejecen de la misma manera y está bien documentado que la calidad de vida y el funcionamiento durante la vejez están relacionados a las acciones y omisiones que desarrolla cada persona durante su vida. Las posibilidades de alcanzar o de sobrepasar los niveles proyectados de esperanza de vida, y la calidad de vida que se tenga durante ese tiempo, dependen de las oportunidades y privaciones que se tuvieron durante la vida, de los ambientes en que se creció, del capital social y económico adquirido, en

¹ Asesora Regional Envejecimiento y Salud, Programa Salud de la Familia y Población, Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud.

² Profesor de Demografía, Centro de Demografía y Ecología, Universidad de Wisconsin-Madison, USA.

³ Residente en Salud Internacional, Programa Políticas Públicas y Salud, Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud.

síntesis, del cúmulo de experiencias vividas durante la infancia, la adolescencia y la edad adulta.

Con fines de estudiar los efectos del envejecimiento sobre los individuos y sobre las sociedades, es necesario hacer una inversión en investigaciones multidisciplinarias, multinacionales y longitudinales que nos permita estudiar a fondo las relaciones entre las variables que afectan la salud y el bienestar de los individuos y las sociedades que envejecen. La Organización Panamericana de la Salud ha hecho una importante inversión para el diseño de un estudio multicéntrico sobre la Salud, el Bienestar y el Envejecimiento (SABE) en ocho países de la región. Este estudio se ha hecho posible gracias a la participación de centros colaboradores como la Universidad de Wisconsin, el Centro de Estudios de Población/CENEP de Argentina, la University of the West Indies de Barbados, la Universidad de Sao Paulo de Brasil, la Universidad de Costa Rica, la Universidad de Chile, el Centro de Estudios de Población y Desarrollo/CEDEM de Cuba, El Colegio de la Frontera Norte de México y La Comisión de Salud Cardiovascular de Uruguay/CHSC y el apoyo financiero del Banco Interamericano de Desarrollo, el Caribbean Development Bank, la Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo/FAPESP y otras contrapartes nacionales. La base de datos SABE estará lista a finales del año 2000 y aportará información sobre la salud, la funcionalidad, el acceso y uso de los servicios de salud, la situación socioeconómica, la historia laboral, la historia de uniones, la red social del individuo y las transferencias generacionales (Palloni 1999).

Todavía no se cuenta con los resultados del estudio SABE por lo que este documento se limita a destacar algunos de los aspectos relacionados a la longevidad y discute los indicadores básicos de salud de los adultos mayores que están disponibles. El documento:

- Revisa las características especiales de la población adulta mayor en América Latina y el Caribe, destacando la heterogeneidad de este grupo poblacional. Muchos de estos atributos aluden a las condiciones de vida desde la concepción hasta el presente y están estrechamente relacionadas con el nivel de salud.
- Discute el marco conceptual para el estudio de longevidad y envejecimiento en América Latina y el Caribe y expone las dificultades que se tienen para hacer proyecciones sobre la esperanza de vida activa o para analizar las condiciones de salud y bienestar de los adultos mayores.
- Sugiere algunos elementos que resultan claves para la formulación de políticas relativas al envejecimiento, recogiendo las particularidades de este proceso en América Latina y el Caribe, la heterogeneidad del grupo de adultos mayores y los factores asociados al envejecimiento activo.

I. Longevidad y Envejecimiento Activo en América Latina y el Caribe

Existen diversos estados que definen la situación de salud que puede presentar un adulto mayor (figura 1). Una persona de edad x puede ocupar uno de tres estados: saludable (estado 1), con enfermedad crónica (estado 2) y con discapacidad funcional (estado 3). La muerte es el estado de término (estado 4) (figura 1).

Como se muestra en la figura 1, hay varias transiciones posibles: del estado 1 al estado 2 o al estado 3 y viceversa, del estado 2 al estado 3 y viceversa, y de los estados 1, 2 y 3 al estado 4. Una disminución en las tasas de mortalidad en los estados 2 y 3 implicaría, en ausencia de otros factores, un aumento en la prevalencia de las enfermedades crónicas o de la discapacidad. Esto significaría que, en la medida en que los avances tecnológicos tuvieran éxito en el aplazamiento de la muerte, se produciría un aumento en la demanda de atención de salud. En el mismo sentido, si ciertos cambios conductuales permitieran retardar la aparición de alguna enfermedad crónica o de las limitaciones funcionales que se asocian a ella, disminuiría la demanda por atención de salud. Finalmente, si mejoraran los tratamientos de las enfermedades crónicas o de la discapacidad, aumentarían las tasas de recuperación, conduciendo a reducciones en su prevalencia. En cualquier momento dado, la prevalencia de las enfermedades crónicas y de la discapacidad dependerá del momento en que se manifiestan, de la magnitud relativa de las tasas de recuperación y de las tasas de mortalidad.

Todavía no existe un consenso sobre lo que significa envejecer. Por una parte, hay quienes afirman que la esperanza de vida tiene un límite basado en las características evolutivas y genéticas del ser humano y que no puede ser sobrepasado por la tecnología médica (Fries, 1980). La tecnología médica sólo puede aplazar la aparición de las enfermedades y de la discapacidad, desplazando el momento de aparición de los problemas de salud y de la discapacidad funcional cerca del límite superior de la esperanza de vida. Esto es lo que se conoce como "rectangularización" de las curvas de morbilidad y de mortalidad. Desde esta perspectiva, los principales factores que determinan el perfil de salud de las personas de edad, en un momento dado, están relacionados con el momento en que se manifiestan las enfermedades crónicas y la discapacidad.

Otros autores afirman que no hay un límite inherente a la esperanza de vida y que el perfil de la salud de los adultos mayores dependerá del momento de aparición de las enfermedades crónicas y de la discapacidad, como también de las tasas de recuperación (Singer y Manton, 1994; Manton, 1982). La prevalencia de enfermedades crónicas y de discapacidad puede incluir una amplia gama de edades y no ser significativa sólo en el extremo superior de la vida. Las consecuencias para el estado de salud de los adultos mayores son menos claras. El retraso del momento en que se manifiesta la enfermedad o la discapacidad, en ausencia de aumentos significativos en la mortalidad, puede traducirse en grandes incrementos de la prevalencia de enfermedades crónicas y discapacidad, afectando negativamente a los valores de la esperanza de vida activa.

Una tercera hipótesis plantea que los incrementos en la sobrevivencia y en la esperanza de vida en edades mayores tienden a ir acompañados de una mayor prevalencia de morbilidad. Esto es resultado combinado de un cambio en la composición según fragilidad de los sobrevivientes (Vaupel, 1979) y los efectos de la acumulación de experiencias traumáticas durante la vida (Alter y Riley, 1989).

Más allá de asumir una u otra postura, cabe preguntarse dónde están los países de la región frente a estos antecedentes y cuáles son las trayectorias probables del perfil de salud de los adultos mayores.

1. Características del Envejecimiento en América Latina y el Caribe⁴

El envejecimiento de la población en América Latina y el Caribe se caracteriza, en contraste a lo observado en los países desarrollados, por:

- *Rápido crecimiento* - Los países desarrollados envejecieron gradualmente durante todo un siglo; los países en desarrollo envejecerán rápidamente en menos de 30 años.
- *Pobreza* - El mundo desarrollado era rico cuando envejeció, los países de la América Latina y el Caribe envejecerán siendo aún pobres.
- *Heterogeneidad e inequidad* - El proceso de envejecimiento acentúa las diferencias bio-psico-sociales entre los individuos; en América Latina y el Caribe también acentúa las inequidades socioeconómicas y de género.

1.1 Rápido crecimiento e impacto en las condiciones de salud:

En general se habla de sociedades relativamente envejecidas cuando el grupo de personas de 60 años y más excede el 10% o 12% de la población total. En la década de los 70s la región de América Latina y el Caribe tenía 17 millones de personas de 60 años y más, cerca del 6% de la población total. En la actualidad es más del doble, alrededor de 40 millones de personas, cerca del 8% del total de habitantes de la región. En la mayoría de los países este grupo crece a ritmos mayores que los otros grupos etarios y que la población total y se espera que para el año 2025 llegue a más de 96 millones, representando el 14% de la población total. (Ver cuadro 1).

Aunque este proceso se ha presentado de diferente forma en los países de la región, en el año 2025 sólo en 6 países los adultos mayores serán menos del 10% de la población total y 10 países tendrán el 20% o más de la población de 60 años y más. (Ver cuadro 2).

Las personas que entrarán a formar parte de este grupo poblacional en los próximos 25 años nacieron entre 1940 y 1965. Su importante magnitud está asociada, por lo tanto, a los mayores niveles de fecundidad de ese período, especialmente el primer quinquenio de la década del 60, y a los notables incrementos en la sobrevivencia, especialmente en la infancia.

La probabilidad de sobrevivir hasta los 60 años y la esperanza de vida a los 60 años se ha incrementado notablemente en todos los países de la región durante los últimos 50 años. Está claro que en casi todos los países las personas que lleguen a los 60 años pueden esperar vivir alrededor de 20 años más, valores muy cercanos a los de Estados Unidos o Japón. (ver cuadro 3) Lo que no está claro es ¿qué tan saludables serán esos años de vida?; ¿cuáles son los costos de la atención de salud que estarán asociados con los años vividos después de los 60 años? Las respuestas a estas preguntas requieren información sobre las tendencias en el estado

⁴ En atención a que los aspectos demográficos del proceso de envejecimiento han sido discutidos con profundidad en *Aging in Latin America and the Caribbean*, Palloni, DeVos y Peláez, PAHO Population Aging Working Papers, No. 99-01, en este apartado se revisan los aspectos fundamentales que ha presentado el proceso en la región.

de salud, una dimensión sobre la cual existe poco conocimiento. Sin embargo, es posible realizar inferencias indirectas mediante el examen de las tendencias en las causas de muerte registradas por los sistemas de estadísticas.

En las sociedades con datos de alta calidad, las causas de muerte registradas por las estadísticas reflejan los resultados combinados de las tasas de prevalencia y las tasas de letalidad. Sin embargo, estos datos no pueden usarse para hacer inferencias respecto del momento en que se manifiesta la enfermedad y de las tendencias en las tasas de recuperación. No son, por lo tanto, las mejores herramientas para ilustrar la manifestación empírica del sistema de multiestados de salud, representado en la figura 1. Sin embargo, los cambios en las causas de muerte por edad y la distribución de la mortalidad según causas proporcionan alguna información respecto de los cambios en los regímenes de morbilidad.

La estructura de las causas de muerte en la Región ha seguido el patrón observado en los países desarrollados: una disminución gradual en las tasas de mortalidad debido a las enfermedades infecciosas y un aumento de las tasas de mortalidad debidas a algunas condiciones crónicas. Entre 1960-1970, casi todos los países más avanzados de la región presentan el patrón observado en los países desarrollados (Horiuchi, 1997).

A pesar de las semejanzas en la trayectoria de los cambios de la mortalidad entre los adultos mayores de la región y los de los países desarrollados, hay algunas diferencias importantes. Tal vez la más sobresaliente es la existencia de un patrón de causas de muerte con mayor presencia de enfermedades infecciosas. Esto significa que, para un nivel determinado de esperanza de vida a los 60 años, los países de la región tienen una mayor probabilidad de tener mayores tasas de mortalidad por enfermedades infecciosas que los países desarrollados (Palloni y Lu, 1995). Hay varias razones para explicar esto, algunas de las cuales apuntan a variaciones o mejoras en los procedimientos de registro de las causas de muerte. Sin embargo, es posible que los adultos mayores de la región estén más expuestos a las condiciones infecciosas, o sea menos resistentes a ellas, que los adultos mayores de otras regiones.

El régimen de morbilidad de la región se caracteriza por la presencia de condiciones infecciosas y crónicas combinadas de una manera sin precedentes, que sin duda debe ejercer un poderoso efecto sobre la distribución de los adultos mayores según estado de salud y necesidades de atención de la salud.

1.2 Pobreza:

A diferencia de lo ocurrido en los países desarrollados, el proceso de envejecimiento se produce en la región en el contexto de un menor desarrollo relativo. Los países desarrollados no sólo estaban más preparados para responder a las demandas de una población adulta mayor en aumento, sino también les habían entregado mejores condiciones de vida en las otras etapas del ciclo vital.

Los países de la región deben enfrentar las demandas de un grupo de adultos mayores de similar tamaño relativo al de los países desarrollados, con recursos sustancialmente menores. Por ejemplo, el producto interno bruto (PIB) per cápita de Estados Unidos y Japón es más de cuatro veces mayor que el de países con uno de los PIB per cápita más altos de la región como Chile y Uruguay. (Ver cuadro 4). En el otro extremo, el PIB per cápita de República

Dominicana y Guatemala es más de 14 veces menor que el de Japón y de Estados Unidos. Aunque el tamaño relativo del grupo de adultos mayores seguirá siendo menor en los dos primeros, las posibilidades de una equiparación económica paralela a la demográfica son prácticamente nulas. A esto se agrega la importante incidencia de la pobreza y de la desigualdad en la mayoría de los países.

América Latina y el Caribe es la región con la mayor desigualdad del ingreso del mundo. Las inequidades en las condiciones de vida están presentes durante todo el ciclo vital y se expresan, entre otras cosas, en diferenciales en los niveles de mortalidad según estrato socioeconómico, origen étnico o área de residencia. Sin embargo, entre la población de 60 y más años la inequidad tiende a expresarse en diferenciales en el perfil de morbilidad. En otras palabras, mientras que los recién nacidos tienen distintas esperanzas de vida de acuerdo a sus condiciones socioeconómicas, las personas de 60 años en distintas condiciones socioeconómicas tienen similares esperanzas de vida. La diferencia se centra en el grado de funcionalidad o de discapacidad con que viven estos años.

La inequidad en las condiciones de salud de los adultos mayores se ve acentuada por desigualdades en el acceso a los servicios de salud. Aunque esta afirmación es válida para las inequidades en las condiciones de salud de toda la población, en el grupo de adultos mayores es especialmente significativa. La menor capacidad de generar ingresos propios, la insuficiente cobertura de los programas de seguridad social, los bajos montos de las pensiones de jubilación, entre otros, inciden en un descenso relativo en el nivel de vida que disminuye sus posibilidades de cubrir los costos de la atención. Evidentemente, estas condiciones tienen su mayor impacto en los adultos mayores que vivieron las etapas previas de su vida en condiciones de pobreza, pero también afectan en forma significativa a gran parte de los que provienen de estratos socioeconómicos medios o medios bajos. Esta situación debe ser especialmente atendida en el diseño de la reforma de la seguridad social y monitoreada en los procesos en curso.

1.3 Heterogeneidad e Inequidad:

El proceso de envejecimiento tiene un efecto diferencial por sexo, por estratos socioeconómicos, por residencia rural o urbana, por cohortes de edad y, en general, por la historia que cada uno va acumulando durante todo el curso de la vida. Los déficit nutricionales, los efectos de las enfermedades infecciosas y las exposiciones al medio ambiente desde la concepción hasta la adultez, tienen consecuencias a largo plazo que afectan la salud y la funcionalidad de los adultos mayores. Además de las inequidades en la distribución de recursos, la falta de acceso a servicios de salud, la falta de escolaridad y la baja protección económica de la mayoría de las personas de 60 años agudiza las diferencias internas en las poblaciones adultas mayores en la región.

1.3a Las diferencias de cohortes en los indicadores de salud:

Aunque frecuentemente se alude a la población de 60 años y más como un grupo con características similares, es importante discutir las diferencias significativas que existen entre

los adultos mayores jóvenes (de 60 a 70 años) y los adultos mayores más viejos (de 80 años y más).

Las estadísticas de salud sobre los adultos mayores desagregadas por cohortes son escasas en América Latina y el Caribe. Sin embargo, ha sido bien demostrado que el estado de salud y la funcionalidad de los adultos mayores están relacionados a la edad. Aunque las tasas de prevalencia de enfermedades crónicas y de discapacidades aumentan después de los 60 años, es sólo después de los 80 que aumentan de manera acelerada. (Manton, Corder and Stallard, 1993; Crimmins et al., 1994, Crimmins et al., 1997; Singer and Manton, 1994; Fries, 1980; Suzman, Willis and Manton, 1992). El nivel socioeconómico de los adultos mayores más viejos también está caracterizado por una tasa más alta de personas que no participan en actividades laborales y de mujeres viudas que dependen de sus familias para su manutención. Las características del estado de salud y de los niveles socioeconómicos de los adultos mayores de más edad tienen una gran importancia, ya que para el año 2025 esta población va a representar el 10% de la población adulta mayor en todos los países de América Latina y el Caribe. En algunos países la proporción de los de 80 años y más representará el 18% y hasta el 21% de la totalidad de la población de 60 años y más.

1.3b Las diferencias de género en los indicadores de salud:

La proporción de mujeres de 60 y más años está aumentando rápidamente. A los 75 años, la relación por sexos se estima que llegará a ser de dos mujeres por cada hombre de esta edad. Esta diferencia se debe a la sobremortalidad masculina y se puede analizar por medio de: a) la probabilidad masculina de llegar a los 60 años y b) la mortalidad masculina después de los 60 años.

En todos los países los hombres tienen entre 10% y 15% menos probabilidad de sobrevivir a los 60 años que las mujeres, pero todavía más significativa es la diferencia en el número de años de esperanza de vida a los 60 años de edad. En 1995, las mujeres tenían tres o cuatro años más de esperanza de vida a los 60 años que los hombres, representando una sobrevivencia de 20% más de años de vida. La proyección de esperanza de vida a los 60 años sigue creciendo y es de esperar que el aumento siga favoreciendo a la mujer, creando una brecha aún mayor entre los dos géneros. (Ver cuadros 5, 6 y 7).

La mayor sobrevivencia femenina tiene importantes efectos en el bienestar de la población adulta mayor porque los años adicionales se traducen en cambios en el estado civil y económico. Por ejemplo, el porcentaje de mujeres viudas mayores de 60 años es cerca del triple o más que el de los hombres. (Ver cuadro 8). Esta condición, ligada a la menor participación económica de las mujeres adultas mayores, incide en una mayor vulnerabilidad asociada a dificultades en la generación de recursos económicos que le permitan automantenerse.

Además, los programas dirigidos a la salud de la mujer siguen teniendo prioridad para la mujer en edad reproductiva, creando un gran vacío en los recursos dirigidos a la salud de la mujer después de la menopausia (FNUAP 1998).

Las estadísticas de salud que existen para la población adulta mayor en general son muy escasas, y la mayoría de lo que existe no está diferenciado por sexo. Por lo tanto, en América

Latina y el Caribe, no tenemos los indicadores necesarios para evaluar las diferencias en los estados de salud y la morbilidad de los y las adultas mayores.

Sin embargo, sabemos que los factores de alto riesgo en salud reproductiva tales como un parto antes de los 18 años o alta paridad pueden contribuir a la morbilidad y limitaciones funcionales en la última etapa de la vida (Kington, R., L. Lillard y J. Rogowski. 1997).

Además, sabemos que por las regulaciones que los programas de pensiones tienen para las sobrevivientes, por la escasa cobertura de la seguridad social y por la marginal incorporación de las mujeres en edades activas al mercado de trabajo, muchas adultas mayores están viviendo bajo o muy cerca de la línea de la pobreza y sin acceso a servicios de salud. Además, las adultas mayores más pobres, cuyo sustento económico depende de familiares en extrema pobreza, son vulnerables a la violencia intra-familiar, al abuso y al abandono.

Las políticas de salud reproductiva tienen que considerar de una manera diferenciada las necesidades de mujeres después de la menopausia y ver la inversión en salud para un envejecimiento productivo como una extensión natural de las necesidades de la mujer después de la etapa reproductiva.

Cuestiones relacionadas con el tipo de relaciones intergeneracionales, mecanismos de herencia, expectativas de responsabilidad y de derechos, grados de independencia y distribución de tareas según sexo son, entre otros, temas que exigen la toma de decisiones al interior de la familia y que deben tomar cada día más importancia para las políticas públicas orientadas al bienestar social.

1.3c Las diferencias por estratos socioeconómicos en los indicadores de salud:

Para analizar la relación del estrato socioeconómico del individuo con su envejecimiento y con los indicadores de salud debemos responder a dos preguntas fundamentales: i) ¿Cómo se manifiesta el envejecimiento en las distintas condiciones socioeconómicas? y ii) ¿Qué características socioeconómicas tiene la población adulta mayor de hoy?

Como todos los habitantes de América Latina y el Caribe, las condiciones de vida de los adultos mayores están vinculadas a situaciones de inequidad que, con distintos matices, se presentan en todos los países de la región. Gran parte de ellos suma a las condiciones de vulnerabilidad ligadas a la edad, las deficiencias de cobertura y calidad en materia de seguridad social y atención de salud, que limitan o en algunos casos niegan las posibilidades de mantener un estado de relativa independencia funcional, económica y social.

i) ¿Cómo se manifiesta el proceso de envejecimiento en distintas condiciones socioeconómicas?

Aunque el proceso de envejecimiento ya se ha producido en casi todos los países de la región, existen diferencias según condiciones económicas y socioculturales. Por ejemplo, en los países más pobres se ha obtenido un cambio más gradual en las tasas de natalidad y de mortalidad y ganancias más lentas en el número de años ganados en la esperanza de vida al

nacer. Esto se ve reflejado en la proporción total de la población de personas mayores de 60 años para algunos países Andinos y del área de Centro América. (ver cuadro 2).

De la misma forma, la esperanza de vida al nacer de las poblaciones indígenas tiende a ser menor que la esperanza de vida al nacer de la población no indígena. En *Honduras*, los hombres *pech* tienen una esperanza de vida de 39 años y las mujeres de 42 años. En el grupo *lenga* es de 47 y 57 años, mientras que en la *población no indígena* es de 65 y 70 años; en *Chile*, la esperanza de vida para ambos sexos de los *aymaras* y *mapuches* es de 63 y 68 años, respectivamente. En la *población no indígena* es de 72 años; en *Brasil*, la esperanza de vida para ambos sexos de la *población indígena* es de 43 años y de 25 años en los indígenas que viven en el Valle de Javari. En la *población no indígena* es de 66 años (OPS 1998).

Podemos especular que el envejecimiento se produjo primero, alrededor de 1970, en los estratos socioeconómicos más altos; según nos acercamos al 2020, el envejecimiento de los estratos socioeconómicos más pobres será responsable por la mayoría de los adultos mayores en el siglo XXI.

ii) ¿Qué características socioeconómicas tiene la población adulta mayor?

En contraste con la esperanza de vida al nacer, que tiene una relación más directa con la situación socioeconómica de la sociedad y de los individuos, se estima que la esperanza de vida a los 60 años es un indicador que es aplicable a todos los países de la región y que no está condicionada por niveles socioeconómicos. (Ver cuadros 3 y 7).

El aumento en la esperanza de vida puede obedecer en gran medida a innovaciones médicas que no están acompañadas de cambios proporcionales en las condiciones de existencia, sobretudo en edades tempranas. Las carencias y satisfacciones de la infancia y la vida adulta tienen fuertes repercusiones en las condiciones de salud de los adultos mayores y muchas veces implican vivir más años, pero con importantes problemas de enfermedades crónicas y de discapacidad. En otras palabras, la sobrevivencia es cada día menos un privilegio de los más ricos. Sin embargo, para el pobre la ganancia en esperanza de vida puede verse contrarrestada por una mayor discapacidad, causada por una o varias enfermedades crónicas.

Los individuos que han cumplido 60 años durante la última década del siglo XX serán los adultos mayores más viejos del 2010 – 2020 y por lo tanto serán la población más envejecida y vulnerable cuando la región experimente el mayor impacto del envejecimiento poblacional.

Desafortunadamente no tenemos datos empíricos para elaborar con profundidad un perfil socioeconómico de los adultos mayores en América Latina y el Caribe. Sin embargo, los niveles de escolaridad promedio y las tasas de actividad económica pueden servir como indicadores para hacer un perfil general.

La educación es una herramienta decisiva para la inserción de las personas en la sociedad. Producto de la baja cobertura de la educación básica en el pasado, una parte de los adultos mayores de la región es analfabeta, lo que aumenta considerablemente su vulnerabilidad. Las cifras son variables entre los países y van desde alrededor del 70% o más de las mujeres en Bolivia, Haití y Honduras hasta menos del 10% de los hombres en Argentina. (Ver cuadro 8). La extensión de la cobertura de la educación básica, generalizada a partir de la década de los

sesenta, sugiere que los niveles de educación de los adultos mayores del próximo siglo serán sustancialmente mejores en la mayoría de los países.

Otra de las características de la vida del adulto mayor es una creciente dependencia de la familia y de la sociedad. La participación económica de los adultos mayores es menor que la de los demás adultos y, aunque sea por razones voluntarias o de salud, responde a las disposiciones legales que rigen el retiro de la fuerza laboral en el sector formal del empleo y a ciertas características restrictivas del mercado de trabajo, incluida la discriminación por edad.

Aunque la jubilación se concibió inicialmente como una reivindicación de los trabajadores, en la práctica se ha convertido en obligatoria, lo que se asocia a un escaso dinamismo en la creación de nuevos puestos de trabajo y a los niveles de desempleo y subempleo (CEPAL 1997). En este marco, los adultos mayores que desean o se ven obligados a seguir económicamente activos deben enfrentar una serie de barreras legales y sociales.

Sea por razones ligadas a las necesidades de subsistencia o de desarrollo personal, 1 de cada 3 adultos mayores en América Latina es económicamente activo. Las tasas de actividad van disminuyendo a medida que aumenta la edad: más del tercio entre los 60 y 69 años y de alrededor del 20% o menos entre los de 70 o más años (Ver cuadro 9). Esta relación se presenta en hombres y mujeres si bien, como sucede en el conjunto de la población económicamente activa, los hombres tienen una mayor participación en la actividad económica que las mujeres (48% y 13%, respectivamente). Cabe recordar los problemas de subregistro y subestimación de la actividad económica de la mujer, tema denominado por la literatura de los ochenta como la invisibilidad del trabajo femenino. Esto implica la probabilidad de que sean muchas más las mujeres que continúan trabajando después de los 60 años, sobre todo en el sector informal.

Es importante examinar en el contexto internacional la eficacia de los incentivos para prolongar la actividad productiva de los adultos mayores. La idea ampliamente prevaleciente de que las personas de edad más avanzada tienen que retirarse para liberar puestos de trabajo a las personas más jóvenes también tiene que ser seriamente reexaminada. Si el individuo está en capacidad de trabajar por más tiempo, y desea o necesita seguir trabajando, la sociedad no debe desestimular que lo haga y debe buscar los mecanismos que le permitan mantenerse económicamente activo.

Los gobiernos deben tomar en cuenta la interacción entre las políticas gubernamentales, el envejecimiento de la población y el funcionamiento de los mercados de fuerza laboral. Esto incluye consideraciones tales como fomentar oportunidades de aprendizaje a lo largo de toda la vida y períodos flexibles de transición desde el empleo a la jubilación completa.

1.3d Diferencias por área urbana o rural y los indicadores de salud:

El proceso de envejecimiento ha ocurrido en las áreas urbanas y rurales de la región, en estas últimas estimulado además por la migración hacia las ciudades, especialmente de personas en edades activas. Cerca del 8% de la población en ambas áreas tiene 60 o más años y este porcentaje se elevará a cerca de 14% en el año 2025. (Ver cuadro 9). Las áreas rurales generan condiciones de mayor vulnerabilidad para los adultos mayores, en especial por la gran incidencia de la pobreza, la fragilidad del mercado de trabajo y el aporte generalmente

marginal que reciben de los programas de bienestar social y de salud públicos y/o privados. Es probable que las fuentes comunitarias de apoyo emocional, financiero y social para las personas de 60 y más años pierdan cada vez mayor importancia en las áreas rurales, sobretodo porque la reversión de los procesos migratorios campo-ciudad es muy poco probable.

Las diferencias en las condiciones de salud y limitaciones funcionales de los adultos mayores en residencias urbanas, rurales o semi-rurales, van incrementándose a medida que aumenta la edad. Sin embargo, no se cuenta con indicadores de salud y funcionalidad apropiados para evaluar el estado de bienestar de los adultos mayores en áreas rurales.

II. ¿Qué podemos esperar del futuro?

La información presentada hasta ahora no permite dar indicaciones precisas respecto de las tendencias futuras de la mortalidad o el estado de salud en la región, aún a corto plazo. Sin embargo, hay un número de estimaciones que pueden ser formuladas con las reservas del caso.

La esperanza de vida a los 60 años probablemente aumentará en la región, como también niveles sobre los 70 años es una meta probable en todos los países. No está claro, sin embargo, cuál será el ritmo de estos aumentos en general y sobre los 60 años. Las proyecciones actuales (ver cuadro) indican que para 2025 debemos esperar los valores de E(60) en la mayoría de los casos a o levemente por encima de 20 años.

Si los países en la región siguieran el camino de los países de la Europa del Oeste, podríamos esperar disminuciones en las tasas de mortalidad encima de la edad 70 ó 80 de cerca de 1 por ciento por año (Kannisto, et al., 1994). Si se aplica a las edades por encima de 60, estos cambios inducirían ganancias en la esperanza de vida a los 60 años de más de ,20 años por año, cuando los niveles de la esperanza de vida a los 60 años son del orden de 20 años. Sin embargo, estas extrapolaciones son frágiles porque suponen niveles similares de innovaciones y tecnología médica, de condiciones de exposición de la población y de composición de fragilidad de las diversas cohortes.

Hay razones para sospechar que la disminución de la mortalidad en la región será más difícil que en los países desarrollados. En primer lugar, es probable que la demanda de atención de salud de los adultos mayores será mayor que la demanda promedio o actual en los países desarrollados. Esto se debe, en parte, a la naturaleza de las cohortes que llegarán a los 60 años entre 1990 y 2030, pero en parte tiene que ver con la combinación peculiar de las condiciones infecciosas y crónicas características de la mayoría de los países en la región. Además, es sabido que las condiciones de vida en la mayoría de los países de la región están por debajo de los niveles de vida de los países en desarrollo. La atención de la salud ha permitido una disminución de la mortalidad en edades mayores en otras partes del mundo. Si ésta atención no está generalizada en América Latina y el Caribe, es probable no se produzcan disminuciones comparables en la mortalidad. Todo esto indica que, a menos que se tomen las medidas especiales, las ganancias adicionales en la supervivencia en edades mayores en la región será una meta difícil de lograr en el corto o mediano plazo.

Un caso concreto que nos ayuda a explicar esta situación es el caso de la tuberculosis en adultos mayores. Es bien conocido que la prevalencia de tuberculosis (latente) entre los adultos en América Latina es bastante alta (Sudre et al., 1992). Debido a la introducción de la BCG a fines

de los años cuarenta y a mejores condiciones de vida, es muy probable que la tuberculosis latente se encuentre entre las cohortes más viejas, donde encontraremos prevalencias mayores. También se sabe que la tuberculosis es una de las enfermedades más sensibles a los cambios en los niveles nutricionales (Lunn, 1991; Livi-Bacci, 1991; Palloni y Hill, 1997). Las reducciones en el nivel nutricional, en combinación con los efectos en el sistema inmunológico del propio envejecimiento, pueden producir efectos mayores en la inmunidad de los adultos mayores causando un desencadenamiento de factores que podrían activar la enfermedad. Es probable que con la edad avanzada se sufra un deterioro significativo en la situación económica, aumentando por lo tanto, la incidencia de la malnutrición. Esto resultará en un aumento de la tuberculosis activa y en consecuencia de su tasa de transmisión.

No se conoce con certeza lo que va a representar la interacción entre la tuberculosis y las condiciones crónicas prevalentes en los adultos mayores y su impacto en la funcionalidad. Pero sin duda podemos suponer que el aumento de la tuberculosis activa no mejorará el estado de salud y aumentará la discapacidad entre las personas mayores expuestas a esta enfermedad. En este caso, el aumento de un año de vida después de los 60 años ganado, por ejemplo, gracias a mejoras en el tratamiento de las enfermedades cardiovasculares no irá acompañado por un aumento proporcional de vida activa.

III. Reflexiones sobre las políticas públicas orientadas a los adultos mayores

Uno de los retos que plantea el proceso de envejecimiento en los países de la región es la formulación de políticas públicas adecuadas a las demandas y necesidades de los adultos mayores. La práctica del diseño, monitoreo y evaluación de estas políticas tiene expresión de distintos niveles en algunos países, mientras que en otros es un área de desarrollo pendiente. En cualquiera de estas situaciones, hay algunos elementos claves que el proceso de diseño de las políticas públicas debe contemplar. Entre ellos se encuentran:

- *Rapidez del envejecimiento de la población*

El ritmo de crecimiento de las personas de 60 y más años es acelerado y continuará aumentando. En los próximos 25 años ningún país de la región tendrá porcentajes inferiores al 7% de su población total. Los factores asociados al proceso de envejecimiento no pueden ser modificados, porque responden a tendencias demográficas históricas. Por esto, los adultos mayores deben ser considerados como un grupo específico en el diseño de políticas públicas en todos los sectores. El sector salud requiere prestar especial atención, por las particularidades que asume el estado de salud en esa etapa de la vida, fundamentalmente en términos de la demanda de atención y sus costos. Sin embargo, y en la medida en que las condiciones de salud de los adultos mayores no sólo responden a cuestiones genéticas, se requieren acciones multisectoriales orientadas tanto a la atención actual de los adultos mayores, como al logro de un envejecimiento activo en las cohortes que serán los adultos mayores del futuro.

- *Diferencias socioeconómicas*

Gran cantidad de las personas que formarán parte del grupo de adultos mayores vivió las etapas anteriores de su vida en condiciones de pobreza y marginalidad. Estas condiciones, sumadas al deterioro económico producto del término de las actividades laborales por voluntad o discapacidad, la baja cobertura de los sistemas de seguridad social y el escaso monto de las pensiones de jubilación, aumentan la vulnerabilidad natural que acompaña el aumento progresivo de la edad biológica. Durante los primeros años del próximo siglo, los países deberán hacerse cargo de un grupo de adultos mayores que, en su mayoría, no podrán cubrir por sus propios medios los costos que demandan sus necesidades de atención de salud.

En la medida en que se convierten los sistemas de seguridad social en sistemas de inversión mixtos es importante mantener una garantía de protección a los estratos más pobres.

- *Diferencias de género*

Más de la mitad de los adultos mayores son mujeres y su importancia relativa seguirá aumentando conforme aumenta la edad. La sobremortalidad masculina y los patrones de nupcialidad que privilegian las uniones de las mujeres con hombres mayores, dan como resultado un gran número de mujeres adultas mayores sin pareja. Esta situación, sumada a una menor incorporación femenina al mercado de trabajo, la baja cobertura de la seguridad social y las limitaciones que los sistemas de pensiones establecen para los sobrevivientes, llevan a que gran parte de las adultas mayores vivan cerca o debajo de la línea de la pobreza. La vulnerabilidad socioeconómica de los adultos mayores se acentúa en el caso de las mujeres, convirtiéndolas en grupo prioritario de atención. La mayoría de los adultos mayores que no podrán cubrir los costos que demandan sus necesidades son mujeres, lo que se agrava por el hecho de que las mujeres tienden a presentar un peor estado de salud y funcional que los hombres adultos mayores.

- *Diferencias rural-urbana*

El proceso de envejecimiento ha ocurrido en las áreas rurales y urbanas de la región y la importancia relativa de los adultos mayores en ambas áreas tiende a ser similar. La menor cobertura de los servicios, la menor atención que históricamente han recibido de la política social y el mayor deterioro económico que las áreas rurales tienen respecto de las urbanas es un hecho conocido. Por ello, los adultos mayores que viven en las áreas rurales es un grupo que requiere especial atención. En algunos países esta característica se ve acentuada por la emigración de los hijos y familiares más jóvenes, que reduce el tamaño y las posibilidades de acción de las redes familiares de apoyo que pueden disponer los adultos mayores de las zonas urbanas.

- *Impacto de las condiciones de vida en la niñez y a lo largo del ciclo vital*

El estado de salud de los adultos mayores es el resultado complejo de tres factores: las condiciones de salud de la infancia (perinatal, crecimiento y desarrollo durante primeros cinco

años), los perfiles de riesgos conductuales (el tabaquismo, alcoholismo, régimen alimentario, actividad física), y el uso y acceso a los servicios de salud (reflejados en el nivel de educación y participación en el mercado laboral).

Por ello, el logro de un envejecimiento activo requiere acciones multisectoriales con un enfoque de promoción de salud y desarrollo humano a lo largo del ciclo vital.

- *Transferencias intergeneracionales*

Las demandas de atención de los adultos mayores no pueden resolverse a escala individual o familiar, sino que deben ser asumidas por el conjunto de la sociedad. Un tema fundamental es el diseño de la forma en que se transfieren los recursos de una generación a otra. En esto es clave el reforzamiento de la solidaridad entre las generaciones, la difusión de la noción de envejecimiento como proceso natural de todos los seres humanos, y la definición de espacios de acción social para todas las edades.

- Demandas en el sector salud

Los gobiernos empiezan el nuevo siglo con múltiples desafíos para las políticas públicas de salud: a) un envejecimiento rápido de la población; b) diferencias socioeconómicas, por género y por área de residencia; c) predominio de familias nucleares que suponen la exclusión de los adultos mayores como sujetos activos; d) problemas estructurales asociados a la globalización y a los procesos de reforma y privatización y e) innovaciones tecnológicas para aplazar, curar o rehabilitar las enfermedades relacionadas con la edad. Frente a esta realidad ¿qué prioridades concretas se pueden identificar en el área de salud de los adultos y adultas mayores?

Primero, las enfermedades crónicas no transmisibles seguirán reemplazando a las enfermedades infecciosas como la causa principal de muerte. Las opciones para tratar las enfermedades crónicas van a seguir aumentando, desde los tratamientos de alta tecnología, como el bypass de la arteria coronaria, transplantes de órganos, manipulaciones genéticas, etc., hasta las soluciones de baja tecnología como son los dispositivos asistenciales y modificaciones ambientales. Los avances en la investigación biomédica básica y de la conducta están conduciendo a la posibilidad de nuevos tratamientos y de intervenciones que puedan demorar el comienzo de enfermedades crónicas. En la medida en que las nuevas tecnologías médicas eficaces se difundan más ampliamente, los adultos mayores empezarán a demandar mayor acceso a ellas.

El conocimiento de los factores de riesgo asociados con las enfermedades crónicas que causan discapacidad, pero que no matan, se ha incrementado. Esta información ha conducido a la posibilidad de tener intervenciones más tempranas en las condiciones musculo-esqueléticas (por ejemplo, reemplazo de articulaciones), en la vista (por ejemplo reemplazo de cristalino en operaciones de cataratas) e incluso en algunas formas de demencia. Muchas de estas intervenciones están en su etapa temprana de desarrollo y la tecnología continuará perfeccionándose. Si hacemos una inversión en tecnología médica apropiada para evitar las consecuencias discapacitantes de las enfermedades relacionadas con la edad, se realizarán mayores ganancias en la esperanza de vida activa en las próximas décadas. Estos logros requerirán aumentos en los presupuestos de salud, reorganización de los servicios sociales y de

salud, y ajustes en el reclutamiento, el entrenamiento y la distribución de los trabajadores en las profesiones de atención a la salud.

También es necesario mencionar que muchas personas con limitaciones funcionales pueden mantener su independencia con el reacondicionamiento de sus entornos familiares, con nuevos modelos de atención residencial, sistemas de transporte adaptados y toda una variedad de tecnologías asistenciales que le puedan ayudar a vencer las limitaciones funcionales y a promover una mayor autonomía. Por último, diferentes modalidades de centros comunitarios, centros de atención diurna, centros de convivencia o de viviendas asistidas, pueden contribuir a la disminución de la institucionalización innecesaria y aumentar significativamente la calidad de vida del adulto mayor y de su familia.

- Referencias

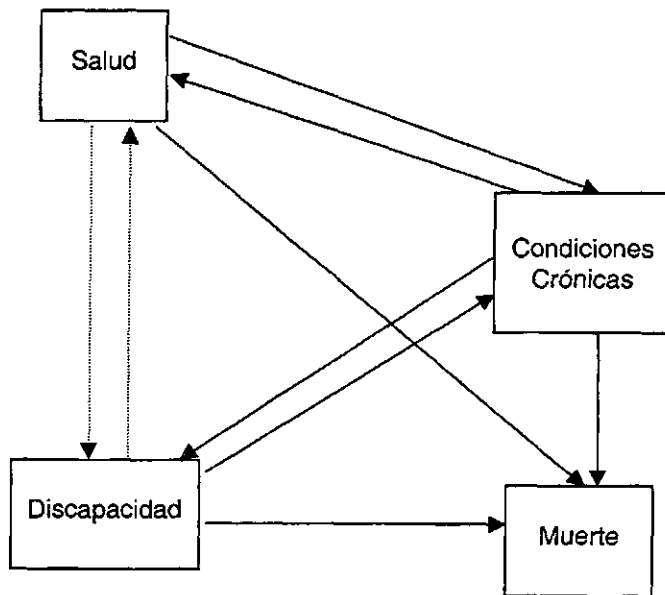
- Alter, G. y J.C. Riley. 1989. "Frailty, Sickness and Death". *Population Studies* 43(1):25-46.
- Coale, A., P. Deneny y S. Vaughn. 1983. *Regional Models Life Tables and Stable Populations*, New York: Academic Press.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). 1997. *Envejecimiento: cuatro facetas de una sociedad para todas las edades*. LC/DEM/G.174.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE), Banco Interamericano de Desarrollo (BID). 1996. *Impacto de las tendencias demográficas sobre los sectores sociales en América Latina. Contribución al diseño de políticas y programas*. LC/DEM/G.161.
- Crimmins, E., Y. Saito y S. Reynolds. 1997. "Further Evidence of Recent Trends in the Prevalence and Incidence of Disability Among Older Americans from Two Sources: The LSOA and the NIHS". *Journal of Gerontology, Social Sciences* 52B(2):S59-71.
- Crimmins, E., M. Hayward y Y. Saito. 1994. "Changing Mortality and Morbidity Rates and the Health Status and Life Expectancy of the Older Population". *Demography* 31(1):159-75.
- Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP). 1998. *Estado de la población mundial 1998*.
- Fries, J.F. 1980. "Aging, Natural Death and the Compression of Morbidity". *New England Journal of Medicine* 303:130-35.
- Horiuchi, S. 1997. "Epidemiological Transitions in Developed Countries: Past, Present and Future". United Nations Symposium on Health and Mortality. Bruselas, noviembre.
- Kannisto, V., et. al. 1994. "Reductions in Mortality at Advanced Ages: Several Decades of Evidence from 27 Countries". *Population and Development Review* 20(4).

- Kington, R., L. Lillard y J. Rogowski. 1997. "Reproductive History, Socioeconomic Status and Self-Reported Health Status of Women Aged 50 years or Older", *American Journal of Public Health*, Vol. 87(1):33-37, January.
- Kubzansky, L., L. Berkman, T. Glass y T. Seeman. 1998. "Is Educational Attainment Associated with Shared Determinants of Health in the Elderly? Findings from the MacArthur Studies of Successful Aging". *Psychosomatic Medicine*, 60:578-585.
- Lee, y S. Tuljapurkar. 1997. "Death and Taxes: Longer Life, Consumption, and Social Security". *Demography* 34(1):67-81.
- Livi-Bacci, M. 1991. *Population and Nutrition: An Essay on European Demographic History*. Cambridge, MA: Cambridge University Press.
- Lunn, P.G. 1991. "Nutrition, Immunity and Infection". In *The Decline of Mortality in Europe*, editado por D. Reher, A. Bideau y R. Schofield. Oxford, UK: Clarendon Press.
- Manton, K., L. Corder y E. Stallard. 1993. "Estimates of Change in Chronic Disability and Institutional Incidence and Prevalence Rates in the US Elderly Population from 1982, 1984, and 1989 National Long Term Care Survey". *Journal of Gerontology, Social Sciences* 48:S153-166.
- Manton, K. 1997. "Future Trends in Chronic Disability and Institutionalization Implications for Long-term Care Needs". *Health Care Management: State of the Art Reviews*, Philadelphia, Hanley & Belfus, Inc., June.
- Manton, K. 1991. "The Dynamics of Population Aging: Demography and Policy Analysis". *Milbank Memorial Fund Quarterly*, Vol. 69, No.2:309-338.
- Manton, K. 1989. "Epidemiological, Demographic, and Social Correlates of Disability among the Elderly". *Milbank Memorial Fund Quarterly*, Vol. 67, Suppl.2, Pt.1: 13-58.
- Manton, K. y B. Soldo. 1985. "Dynamics of Health Changes in the Oldest Old: New Perspectives and Evidence". *Milbank Memorial Fund Quarterly* 63:206-285.
- Manton, K. 1982. "Changing Concepts of Morbidity and Mortality in the Elderly Population". *Milbank Memorial Fund Quarterly* 60:183-244.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). 1998. *Las condiciones de salud en las Américas*.
- Palloni, A. 1999. "Protocolo del estudio multicéntrico: Salud, bienestar y envejecimiento en América Latina y el Caribe (Proyecto SABE). Organización Panamericana de la Salud (OPS), División de Salud y Desarrollo Humano. *Investigaciones en Salud Pública*. Documentos Técnicos N°6.
- Palloni, A., S. De Vos y M. Pelaez. Aging in Latin America and the Caribbean. *PAHO Population Aging Working Papers*, No. 99-01

- Palloni, A. y K. Hill. 1997. "The Effects of the Structural Adjustements on Mortality by Age and Cause in Latin America". In *Demographic Responses to Economic Adjustment in Latin America*, editado por G. Tapinos, A. Mason y J. Bravo. Oxford: Oxford University Press.
- Palloni, A y H. Lu. 1995. "Patterns of Adult Mortality in Latin America: 1950-1990". Population Association of America. San Francisco, California, abril.
- Palmore, E. 1982. "Predictors of the Longevity Difference: A 25-Year Follow-Up". *The Gerontologist*, Vol. 22, No.6:513-518.
- Singer, B.S. y K. Manton. 1994. "What's the Fuss About the Compression Morbidity?". *Chance*, Otoño.
- Sudre, P., G. Ten Dam y A. Kochi. 1992. "Tuberculosis: A Global Overview of the Situation Today". *Bulletin of the World Health Organization* 70(2):149-59.
- Suzman, R., D. Willis y K. Manton. 1992. *The Oldest Old*. New York: Oxford University Press.
- Vaupel, J. 1979. "The Impact of Heterogeneity in Individual Frailty on the Dynamics of Mortality". *Demography* 16.
- World Health Organization (WHO). 1999. *A Life Course Perspective of Mainting Independence in Older Age*. Ageing and Health. Geneva.
- Wise, D. 1997. "Retirement Against the Demographic Trend: More Older People Living Longer, Working Less, and Saving Less". *Demography* 34(1):83-96.
- Zyzansky, S., M. Jack., A. Ford y I. Grava-Gubins. 1989. "Living Arrangements and Well-being of the Elderly". *Family Medicine*. Vol. 21, No.3:199-205.

Figuras y Cuadros

Figura 1: Representación de los distintos estados de salud y discapacidad



Cuadro 1
América Latina: Estimaciones y proyecciones de la población de 60 y más años
según sexo y grupos quinquenales de edad
(Período 1970-2025)

Sexo y grupos de edad	Año					
	1970		2000		2025	
	Total	%	Total	%	Total	%
Ambos sexos	276,146,848	100.0	507,932,043	100.0	685,074,051	100.0
60 - 64	6,110,509	2.2	12,797,263	2.5	30,306,121	4.4
65 - 69	4,654,625	1.7	10,018,912	2.0	23,797,284	3.5
70 - 74	3,346,512	1.2	7,709,203	1.5	17,947,024	2.6
75 - 79	2,074,654	0.8	5,104,647	1.0	12,115,234	1.8
80 y más	1,428,251	0.5	4,445,211	0.9	11,864,235	1.7
Total 60 y más	17,614,581	6.4	40,075,236	7.9	96,029,898	14.0
Hombres	138,140,966	100.0	251,807,096	100.0	338,007,196	100.0
60 - 64	2,950,836	2.1	6,038,923	2.4	14,190,341	4.2
65 - 69	2,222,131	1.6	4,618,097	1.8	10,855,628	3.2
70 - 74	1,546,013	1.1	3,444,248	1.4	7,932,920	2.3
75 - 79	933,829	0.7	2,188,538	0.9	5,115,666	1.5
80 y más	607,643	0.4	1,745,410	0.7	4,477,380	1.3
Total 60 y más	8,260,452	6.0	18,035,216	7.2	42,571,935	12.6
Mujeres	138,005,882	100.0	256,124,947	100.0	347,066,855	100.0
60 - 64	3,159,673	2.3	6,758,340	2.6	16,115,780	4.6
65 - 69	2,432,494	1.8	5,400,815	2.1	12,941,656	3.7
70 - 74	1,800,499	1.3	4,264,955	1.7	10,014,104	2.9
75 - 79	1,140,855	0.8	2,916,109	1.1	6,999,568	2.0
80 y más	820,608	0.6	2,699,801	1.1	7,386,855	2.1
Total 60 y más	9,354,129	6.8	22,040,020	8.6	53,457,963	15.4

Fuente: CELADE, Proyecciones de población vigentes.

Cuadro 2
América Latina: porcentaje de la población de 60 y más años
1997 y 2025

País	Año	
	1997	2025
Anguila	9.8	19.9
Antigua y Barbuda	7.4	21.3
Antillas Neerlandesas	10.9	23.2
Argentina	13.8	17.2
Aruba	13.1	28.6
Bahamas	8.0	17.7
Barbados	13.2	24.3
Belice	5.3	8.4
Bolivia	6.4	10.0
Brasil	7.4	15.6
Chile	9.9	20.4
Colombia	6.7	13.9
Costa Rica	7.1	14.5
Cuba	12.9	24.3
Dominica	12.2	19.1
Ecuador	6.3	12.8
El Salvador	7.3	11.1
Guayana Francesa	7.6	17.4
Granada	6.3	7.5
Guadalupe	11.6	20.7
Guatemala	5.3	7.5
Guyana	6.6	13.5
Haití	6.3	7.1
Honduras	5.1	8.3
Jamaica	9.1	15.0
Martinica	13.3	22.2
México	6.1	12.4
Nicaragua	4.1	7.5
Panamá	8.0	14.9
Paraguay	6.6	9.9
Perú	6.7	12.2
Puerto Rico	13.8	23.1
St. Kitts y Nevis	8.3	10.9
St. Lucía	7.3	12.2
San Vicente y las Granadinas	7.6	14.7
Suriname	7.7	15.5
Trinidad y Tabago	9.9	21.4
República Dominicana	6.5	12.4
Uruguay	17.3	20.6
Venezuela	6.5	14.2

Fuente: División de Población de Naciones Unidas.

Cuadro 3
 Probabilidad de Sobrevivir a la edad de 60 años *a/* y Esperanza de Vida a los 60 años *b/* en países de
 América Latina y el Caribe, Estados Unidos y Japón
 (Período 1960-2025)

País	1960-65		1990-95		2020-25	
	S (60)	E (60)	S (60)	E (60)	S (60)	E (60)
Argentina	0.73	17.1	0.82	19.2	0.88	22.4
Bolivia	0.43	13.8	0.65	16.2	0.81	20.7
Brasil	0.58	16.8	0.73	19.5	0.83	22.5
Chile	0.61	16.6	0.84	20.0	0.89	22.4
Colombia	0.63	16.0	0.78	18.9	0.86	20.8
Costa Rica	0.71	17.8	0.88	21.1	0.92	22.7
Cuba	0.74	17.6	0.86	21.2	0.90	23.3
Ecuador	0.59	16.8	0.77	20.0	0.84	22.0
El Salvador	0.55	15.5	0.74	19.1	0.85	21.1
Guatemala	0.46	15.2	0.71	19.0	0.83	20.8
Honduras	0.48	14.8	0.75	19.9	0.84	22.6
México	0.62	17.4	0.79	20.3	0.86	22.8
Nicaragua	0.48	14.7	0.75	19.4	0.85	21.4
Panamá	0.69	17.2	0.84	20.3	0.90	22.0
Paraguay	0.73	17.1	0.81	19.1	0.87	22.3
Perú	0.52	14.6	0.76	17.6	0.85	21.2
República Dominicana	0.57	15.7	0.80	19.2	0.88	22.4
Uruguay	0.78	18.0	0.84	19.2	0.89	20.1
Venezuela	0.65	16.7	0.82	19.2	0.89	22.2
Barbados	0.76	16.9	0.89	19.5	0.94	21.1
Jamaica	0.72	16.5	0.86	18.5	0.93	20.7
Trinidad	0.73	16.7	0.86	18.5	0.93	20.7
Puerto Rico	0.82	17.6	0.93	20.7	0.97	22.0
Estados Unidos	0.82	17.5	0.93	20.7	0.97	22.0
Japón	0.83	17.8	0.95	22.0	0.98	23.2

a/ S (60)

b/ E (60)

Fuente: División de Población de Naciones Unidas y West Model of Mortality (Coale, Demery y Vaughn, 1983).

Cuadro 4
Indicadores socioeconómicos y población de 60 y más años en países seleccionados

País	PIB per cápita (\$US), 1997	Gasto Público en Salud (% del PIB) 1990-1995a/	Población bajo la línea de Pobreza (%) 1996-1997	Población de 60 y más años (%)	
				1990	2025
Brasil	4,930	2.7	29 ^{b/}	6.7	15.3
Chile	5,271	2.5	20	9.0	18.2
Costa Rica	2,540	6.3	20	6.4	14.3
Guatemala	1,691	0.9	72 ^{c/}	5.1	7.4
Jamaica	2,634	3.0	34 ^{d/}	9.2	14.9
México	4,265	2.8	43	5.9	13.5
Perú	2,674	2.6	37	6.1	12.6
Uruguay	6,026	2.0	6 ^{e/}	16.5	18.4
República Dominicana	1,841	2.0	32	5.6	14.2
Estados Unidos	28,789	6.6	—	16.6	24.7
Japón	33,265	5.7	—	17.4	32.1

a/ corresponde al año más reciente.

b/ promedio de Rio de Janeiro y Sao Paulo.

c/ 1990, área rural

d/ 1992

e/ áreas urbanas

Fuente: División de Población y División de Estadísticas de las Naciones Unidas;
Banco Mundial, World Development Report 1998/99; CEPAL, Panorama Social de América Latina 1998

Cuadro 5
América Latina: Distribución relativa de la población de 60 y más años según sexo
(Período 1970-2025)

Sexo	Año					
	1970		2000		2025	
	Total	%	Total	%	Total	%
Ambos sexos	17614581	100.0	40075236	100.0	96029898	100.0
Hombres	8260452	46.9	18035216	45.0	42571935	44.3
Mujeres	9354129	53.1	22040020	55.0	53457963	55.7

Fuente: CELADE, Proyecciones de población vigentes.

Cuadro 6
América Latina y el Caribe: esperanza de vida al nacer según sexo y grandes regiones
(Período 1995-2025)

Grandes regiones	1995 - 2000			2020 - 2025		
	Ambos Sexos	Hombres	Mujeres	Ambos Sexos	Hombres	Mujeres
América Latina y el Caribe	69.8	67.1	72.4	75.1	72.4	77.7
Caribe	70.3	68.0	72.5	74.9	72.3	77.6
Centroamérica	71.2	68.4	74.1	75.7	72.9	78.7
Sudamérica	69.2	66.6	71.8	74.8	72.3	77.4

Fuente: División de Población de Naciones Unidas

Cuadro 7
América Latina: esperanza de vida a los sesenta años según sexo
(Período 1960-2025)

Países	1960 - 1965		1990 - 1995		2020 - 2025	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Argentina	15	19	17	21	20	25
Bolivia	13	14	15	17	19	22
Brasil	16	17	19	20	21	24
Chile	15	18	18	22	20	25
Colombia	16	16	18	20	19	22
Costa Rica	17	19	20	22	21	24
Cuba	17	18	20	22	22	25
Ecuador	16	17	19	21	20	24
El Salvador	15	16	18	20	19	23
Guatemala	15	15	18	20	19	22
Haití	14	14	15	15	16	17
Honduras	14	15	19	21	21	24
México	17	18	19	22	21	24
Nicaragua	14	15	18	20	21	24
Paraná	17	18	19	22	20	23
Paraguay	16	18	17	19	20	22
Perú	14	15	18	20	20	24
Rep. Dominicana	15	16	18	20	21	24
Uruguay	16	20	17	21	18	22
Venezuela	16	18	18	21	20	24

Fuente: CELADE, Proyecciones de población vigentes.

Cuadro 8
Características de la población adulta mayor
en algunos países América Latina y el Caribe, 1997

Países	Porcentaje de viudos y viudas		Porcentaje que sabe leer y escribir	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Argentina	12	46	93	91
Bolivia	18	44	59	32
Brasil	13	47	59	54
Chile	13	39	83	82
Colombia	15	46	73	64
Costa Rica	12	34	79	78
Ecuador	12	33	72	61
Haití	8	27	21a/	15a/
Honduras	9	29	39	33
Jamaica	13	38	62	73
México	12	37	71	59
Panamá	11	32	72	71
Trinidad y Tabago	16	41	90	78

a/Se refiere al segmento de 65 y más años.

Fuente: U.S. Bureau of the Census, International Statistical Programs Center.

International Data Base, Washington D.C: Bureau of the Census, March 1997 en OPS 1998.

Cuadro 9
 América Latina: Estimaciones y proyecciones de la población económicamente activa de 60 y más años
 según sexo y grupos quinquenales de edad
 (Período 2000-2025)

Sexo y grupos de edad	Año					
	2000			2025		
	Total	Activos	Tasa de actividad	Total	Activos	Tasa de actividad
Ambos sexos						
60 - 64	12,797,263	5,500,738	43.0	30,306,121	13,294,913	43.9
65 - 69	10,018,912	3,124,967	31.2	23,797,284	6,457,575	27.1
70 - 74	7,709,203	1,671,662	21.7	17,947,024	2,740,909	15.3
75 - 79	5,104,647	763,497	15.0	12,115,234	1,111,794	9.2
80 y más	4,445,211	399,578	9.0	11,864,235	537,272	4.5
Total 60 y más	40,075,236	11,460,444	28.6	96,029,898	24,142,462	25.1
Hombres						
60 - 64	6,038,923	4,054,543	67.1	14,190,341	8,830,677	62.2
65 - 69	4,618,097	2,379,618	51.5	10,855,628	4,609,332	42.5
70 - 74	3,444,248	1,279,286	37.1	7,932,920	1,934,899	24.4
75 - 79	2,188,538	565,893	25.9	5,115,666	739,585	14.5
80 y más	1,745,410	279,298	16.0	4,477,380	348,743	7.8
Total 60 y más	18,035,216	8,558,639	47.5	42,571,935	16,463,237	38.7
Mujeres						
60 - 64	6,758,340	1,446,196	21.4	16,115,780	4,464,235	27.7
65 - 69	5,400,815	745,349	13.8	12,941,656	1,848,242	14.3
70 - 74	4,264,955	392,376	9.2	10,014,104	806,010	8.0
75 - 79	2,916,109	197,604	6.8	6,999,568	372,209	5.3
80 y más	2,669,801	120,280	4.5	7,386,855	188,529	2.6
Total 60 y más	22,040,020	2,901,805	13.2	53,457,963	7,679,225	14.4

Fuente: CELADE, Proyecciones de población vigentes.

Cuadro 10
 América Latina: Estimaciones y proyecciones de la población de 60 y más años
 según grupos quinquenales de edad y área de residencia
 (Período 1970-2025)

Área de residencia y grupos de edad	Año					
	1970		2000		2025	
	Total	%	Total	%	Total	%
Total	276146848	100.0	507932043	100.0	685074051	100.0
60 - 64	6110509	2.2	12797263	2.5	30306121	4.4
65 - 69	4654625	1.7	10018912	2.0	23797284	3.5
70 - 74	3346512	1.2	7709203	1.5	17947024	2.6
75 - 79	2074684	0.8	5104647	1.0	12115234	1.8
80 y más	1428251	0.5	4445211	0.9	11864235	1.7
Total 60 y más	17614581	6.4	40075236	7.9	96029898	14.0
Urbana	158557829	100.0	382631107	100.0	557104305	100.0
60 - 64	3783561	2.4	9756848	2.5	24944501	4.5
65 - 69	2888546	1.8	7595140	2.0	19500292	3.5
70 - 74	2079567	1.3	5868883	1.5	14718367	2.6
75 - 79	1295501	0.8	3906409	1.0	9964784	1.8
80 y más	895784	0.6	3431014	0.9	9813623	1.8
Total 60 y más	10942958	6.9	30558293	8.0	78941568	14.2
Rural	117589019	100.0	125300836	100.0	127969746	100.0
60 - 64	2326948	2.0	3040415	2.4	5361620	4.2
65 - 69	1766079	1.5	2423772	1.9	4296992	3.4
70 - 74	1266945	1.1	1840320	1.5	3228657	2.5
75 - 79	779183	0.7	1198238	1.0	2150450	1.7
80 y más	532467	0.5	1014197	0.8	2050612	1.6
Total 60 y más	6671623	5.7	9516943	7.6	17088330	13.4

Fuente: CELADE, Proyecciones de población vigentes.

II.3 LA SALUD DEL ANCIANO EN MÉXICO

*Luis Miguel Gutiérrez Robledo**

La transición epidemiológica como proceso de cambio

El rápido envejecimiento de la población, sumado al cambio epidemiológico en el que crecientemente prevalecerán las enfermedades crónico degenerativas, se traducirá en el futuro inmediato en un aumento y un cambio sustancial del perfil de la demanda de servicios.

La transición epidemiológica obedece, por una parte, a los cambios en estructura por edad de la población como resultado de la transición demográfica y, por otra al proceso de envejecimiento de la población que determina cambios en el perfil epidemiológico. Los rasgos más notorios son la disminución de las enfermedades infecto-contagiosas y el aumento de las defunciones consecutivas a padecimientos crónico-degenerativos.

En México, entre 1950 y 2020 la proporción de la población de más de 60 años habrá pasado de 2 a 15 millones. Aparejada al cambio demográfico va la modificación del perfil epidemiológico. Se observa ya en la actualidad una relación inversa entre la proporción de enfermedades infecciosas y la esperanza de vida al nacer, una drástica disminución de las defunciones atribuidas a diarreas y enfermedades del aparato respiratorio y un aumento de la morbi-mortalidad por afecciones no previsibles.

En la región, esta transición se ha dado en condiciones distintas a los países post-industriales: en un más corto lapso de tiempo, superponiéndose la patología de la pobreza con las afecciones crónico degenerativas, y además en paralelo a un proceso de concentración urbana y desigualdad social que determinan una profunda heterogeneidad del panorama de la salud dentro del mismo país.

Introducción al contexto mexicano

Durante sus cincuenta años de vida, el actual sistema de salud ha logrado en México avances significativos. Algunos progresos recientes merecen comentario para poner en contexto la discusión que sigue.

La esperanza de vida al nacer ha aumentado 30 años entre 1940 y 1990. La esperanza de vida aumentó en todos los estados de la república; en promedio el país ganó más de 4 años sólo desde 1980 para llegar en la actualidad a 76 años para las mujeres y 68 para los hombres (Consejo Nacional de Población 1992). La mortalidad infantil disminuyó más de un 40% en los últimos 10 años y en ese mismo período, la mortalidad por diarrea y neumonía descendió más

* Jefe de la Clínica de Geriátría Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubirán" Institutos Nacionales de Salud, Profesor de Geriátría Facultad de Medicina Universidad Nacional Autónoma de México (luismigr@data.net.mx).

del 65%. Desde 1990 no se registra ningún caso de polio y desde 1993 ninguno de difteria. La mortalidad materna disminuyó 44% de 1980 a 1992.

La cobertura de los servicios en sólo dos años, de 1990 a 1992 la cobertura de vacunación pasó de 46% a 92% en los menores de 5 años y en los últimos 10 años el número de unidades de atención médica del sistema nacional de salud se incrementó en un 75%. Ya para 1992 la seguridad social cubría a 55% de la población. El desarrollo institucional prosigue ahora con un marco jurídico integral y una mejor coordinación entre las diferentes instancias del sistema. La descentralización de los servicios de salud para la población no asegurada es una virtual realidad. Además, la calidad de la información estadística generada ha mejorado, se han llevado a cabo en los últimos 10 años 14 encuestas nacionales incluyendo una específicamente orientada a la situación médico social de la ancianidad. Además la calidad y productividad de la información científica ha mejorado gracias al fortalecimiento de los Institutos Nacionales de Salud, el reconocimiento de la carrera de investigador y la modernización del Consejo Nacional de Ciencia y tecnología. Hay además una mejor coordinación con las instituciones educativas para el desarrollo equilibrado de los recursos humanos. El caso de la gerontología es particularmente actual y hay todo un movimiento de promoción de la formación de personal en el área.

A pesar de los logros enunciados, el sistema de salud se enfrenta hoy a fuertes dificultades. En primer lugar, el perfil de las enfermedades se ha vuelto más complejo que nunca. Ha ocurrido un cambio dramático que se ha producido desde 1940 en dos elementos básicos de la salud: la composición de la población y su perfil epidemiológico. Se ha dado un aumento de las enfermedades no transmisibles y de las lesiones, cuya prevención y tratamiento requieren de ingentes recursos. Nuestro problema estriba en que a pesar de su descenso, las enfermedades transmisibles, de la nutrición y de la reproducción siguen representando una carga desproporcionada para un país que lucha por modernizarse. México enfrenta entonces un doble reto: terminar con el rezago que prevalece y enfrentar los problemas emergentes inherentes al desarrollo.

Aunados a la complejidad epidemiológica, atravesamos una serie de cambios que apuntan a un descomunal aumento de la demanda de servicios de salud en las próximas décadas (Frenk J, 1994): el envejecimiento de la población aunado a una rápida y desordenada urbanización que a la vez que generan riesgos para la salud acercan a la población a los proveedores del sector salud. Para 1995 ya en el Instituto Mexicano del Seguro Social 1 de cada 5 consultas fue otorgada a una persona de edad (IMSS, 1995), corresponden a ellos además el 20% de los egresos hospitalarios (Secretaría de Salud 1996). Por otra parte influye el notable incremento de la escolaridad que mejora las prácticas saludables, pero aumenta también la demanda de servicios y la ampliación de los espacios de participación social y el consecuente reclamo de la atención a la salud como un derecho social, así como la profunda transformación estructural del sector económico que sienta las bases para una mejoría del ingreso y aumentará también la demanda.

Además, el sector salud enfrenta aún varios obstáculos para su buen desempeño: persiste la inequidad, hay insuficiencia, sufrimos de ineficiencia y adolecemos de una inadecuada calidad, que se manifiestan en una insatisfacción del usuario (FUNSALUD 1995) y estamos expuestos a los peligros de la inflación y la inseguridad en el ámbito económico.

El estado de salud de los ancianos mexicanos

Estado de salud global

La salud en general está íntimamente ligada a la calidad de vida. El interrogatorio acerca de la satisfacción vital nos da una noción respecto a la calidad de vida y el bienestar global del individuo en un momento dado. Por otra parte, la autopercepción del estado de salud ha demostrado su valor a través de los años como indicador fiable de la misma. La evaluación de estas variables nos proporciona una estimación del nivel de salud de los adultos mayores en nuestro medio. Por otra parte, en general, quienes están satisfechos de la vida gozan de una mejor salud y de una mejor calidad de vida que los demás. Tienen además una ventaja neta cuando se trata de sobreponerse a eventos difíciles o pérdidas significativas, o bien de hacer frente al estrés o de cultivar las actividades sociales.

En México nos aproximamos a explorar esta problemática a través de la Encuesta sociodemográfica del envejecimiento de 1994. La satisfacción vital en nuestro caso (Gutiérrez Robledo L. 1998) la definimos como la percepción global de bienestar que tiene el individuo y es también un reflejo de la salud global. Los reactivos utilizados para explorarla han sido ampliamente utilizados (Neugarten B, 1961) con fines epidemiológicos en la vejez. En el Cuadro 1 se muestra como la mayor parte de los ancianos encuestados se dijo satisfecho de la vida (más del 75%). El resto (23.2%) se declararon insatisfechos o muy insatisfechos. En este rubro las mujeres tienden a expresar un menor grado de satisfacción. Entre ellas sin embargo, a mayor edad, es notoriamente mayor el grado de insatisfacción. Este fenómeno no se observa en igual medida entre los hombres. Las preocupaciones que prevalecen entre los entrevistados como causas de insatisfacción son: en primer lugar las económicas (38%) seguidas por las relativas a la salud (33.8%) y a la familia (8.5%). Entre los más ancianos (>80 años), las preocupaciones de salud ocupan el primer plano y las económicas pasan a un segundo lugar como un reflejo del deterioro progresivo del estado de salud al avanzar en edad.

En cuanto a la autopercepción del estado de salud, al ser auto-reportados, estos datos sirven a propósitos diferentes que aquellos que se obtienen por examen médico, sin embargo, su cuidadoso análisis sirve de indicador general en cuanto a necesidades asociadas con la salud (Cuadro 2). Del total de la población, apenas un tercio de los individuos consideran su salud como buena o muy buena. Prevalece el optimismo al preguntárseles cómo se consideran respecto a sus contemporáneos, ya que 34.7% se consideran en mejor, y 6.4% incluso en mucho mejor estado que sus pares. Las diferencias por género, aunque modestas son interesantes ya que las mujeres tienden a considerar como mala su salud en una mayor proporción en todas las edades. Es muy claro además, como al atravesar el umbral de los 80 años, la percepción de la salud como mala o muy mala se incrementa significativamente, (hasta en un 50 %) en ambos sexos (Cuadro 2).

Estos hallazgos confirman como al rebasar los 80 años se modifica sustancialmente la panorámica de la salud y cómo en general son las mujeres las que más sufren por acúmulo de enfermedades un deterioro global de su estado de salud. Asimismo, las mujeres tienden a

manifestar un mayor grado de insatisfacción que se asocia con un mayor compromiso funcional y deterioro de la calidad de vida, que, nuevamente es más marcado luego de los 80 años.

Patologías particularmente prevalentes

En cuanto a morbilidad específica, la encuesta Nacional de Salud 1987 (Sistema Nacional de encuestas de salud 1987) reporta como las más frecuentes causas de morbilidad crónica la hipertensión arterial y la diabetes, seguidas por cardiopatías, neumopatías y enfermedades neoplásicas. La desnutrición alcanza su más elevada prevalencia en este grupo de edad al igual que las deficiencias sensoriales. La misma fuente señala cómo la prevalencia lápsica de accidentes y violencias por grupos de edad y sexo alcanza su mayor prevalencia entre los mayores de 55 años, luego del pico observado en el sexo masculino alrededor de los 25 años. La causa más frecuente es la caída y la región más frecuentemente afectada, los miembros inferiores, particularmente el cuello femoral.

Salud Mental

Carecemos de información epidemiológica completa en cuanto se refiere a la frecuencia de las enfermedades demenciales en nuestro país, en la actualidad está en curso un estudio epidemiológico a nivel comunitario en la ciudad de México cuyos resultados estarán disponibles en los primeros meses del año 2000 (Gutiérrez-Robledo L 1997), respecto a la depresión los estudios de prevalencia actualmente disponibles (Wagner FA, 1999), señalan un 7.8% para episodios depresivos mayores en población adulta en México, con evidencia indirecta de una probabilidad de cifras más elevadas entre los ancianos. En el ámbito hospitalario en el Instituto Nacional de la Nutrición, la frecuencia de falla cerebral por padecimientos demenciales en la consulta de geriatría rebasa el 20% y de síntomas depresivos el 30% (Gutiérrez-Robledo L. 1990).

Diabetes y factores de riesgo coronario

La prevalencia de la diabetes en la población de mayores de 60 ha sido explorada recientemente en un estudio de tres comunidades mexicanas en ámbitos urbano y rural (Cuadro 3). Es de hacerse notar la diferencia en la prevalencia del padecimiento en los ámbitos urbano y rural y cómo en este grupo de edad la prevalencia es doble con respecto a los adultos jóvenes en nuestro país (Lerman I, 1998).

Son frecuentes también en este grupo de edad las alteraciones del metabolismo de los lípidos como factor de riesgo de enfermedad coronaria. A éste respecto es de señalar que la población anciana rural muestra valores inferiores de CT, C-LDL y Apo B así como una menor prevalencia de dislipidemias (Aguilar C. 1999). Su régimen alimentario tiene un mayor contenido en fibra e hidratos de carbono complejos así como un menor contenido de lípidos que en el ámbito urbano. La frecuencia de hipercolesterolemia en las mujeres de mayor edad es casi doble que la de las mujeres jóvenes y en los hombres ancianos alcanza el 25% (Cuadro 4).

Alteraciones del estado nutricional

La obesidad es un problema de salud particularmente prevalente entre las personas de edad en nuestro país. Las cifras alcanzan a más del 40 de las mujeres en particular en las áreas urbanas marginales (Lerman I 1999) y a su prevención y tratamiento no se les da aún la importancia que merecen por constituir un importante factor predisponente a dislipidemias y diabetes (Cuadro 5).

La prevalencia global de la desnutrición es de 4.2% en nuestra población de ancianos. Es cinco veces más frecuente en el medio rural que en el urbano y dos veces más frecuentes en áreas urbanas marginales que en la clase media (Cuadro 6). La prevalencia de hipoalbuminemia es más común en la clase urbana pobre. La prevalencia de la desnutrición está claramente en relación con el nivel socioeconómico y la escolaridad. (Gutiérrez Robledo L 1998).

Respecto a estas afecciones es interesante subrayar las diferencias de prevalencia. En general es menor la prevalencia de obesidad, diabetes, dislipidemia y factores de riesgo coronario en el medio rural y tales diferencias están determinadas particularmente por la dieta y el nivel de actividad física e influidos por otros factores socioeconómicos.

Incapacidades e invalidez

La incapacidad es el déficit funcional resultante de la acción de la enfermedad en un órgano, aparato o sistema, la invalidez es el resultado de la interacción de las incapacidades del individuo con el medio que le circunda. La prevalencia de las incapacidades es difícil de estimar en nuestro país, pues no existe un sistema de información que las registre en forma periódica. La Encuesta Nacional de Invalidez, efectuada por el DIF en 1982 (Rosales L, 1982), demuestra con claridad, como la prevalencia de las incapacidades se incrementa en función de la edad. En relación también con la invalidez, la Encuesta de Necesidades de los Ancianos en la Comunidad de 1980 (ENAC) (Alvarez R, 1983), mostró como 6% de los mayores de 60 años son parcialmente y 2% totalmente dependientes para las actividades de la vida cotidiana. Entre los octo y nonagenarios, 40% tenían al menos una incapacidad, por lo general en el área motora. La encuesta sociodemográfica del envejecimiento del Consejo Nacional de Población de 1994 (Gutiérrez Robledo L, 1998), muestra de nuevo claramente como la frecuencia de la incapacidad se incrementa, particularmente por encima de los 80 años y en mayor grado en el sexo femenino. Hasta 25 % de las octogenarias se encuentran confinadas a su domicilio y 3% no pueden siquiera salir de la cama sin ayuda. La prevalencia de las principales incapacidades identificadas se muestra en el Cuadro 7.

La creciente invalidez y consecutiva dependencia en la edad avanzada aumentan la carga que debe de soportar el entorno y propicia una baja del umbral de tolerancia familiar, conduciendo al deterioro de los lazos de apoyo y solidaridad familiar.

Estado funcional

De la población mexicana estudiada en la ENSE 94 y reportada por nosotros (Gutiérrez Robledo 1998), en cuanto a movilidad se refiere es evidente que a mayor edad, mayor limitación funcional. Por ejemplo, 90% de los individuos de la franja de edad de 60 a 64 años pueden salir de casa sin ayuda, en cambio, sólo 33% de los que tienen más de 90 años pueden hacerlo. Asimismo, si sólo 0.41% de los más jóvenes (60-64 años) están paralizados en cama, ésto es 10 veces más frecuente (4.65%) entre los nonagenarios.

El grado de dependencia para las actividades básicas de la vida diaria estimado en función de la necesidad de ayuda para bañarse, vestirse o desvestirse, llegar al inodoro, alimentarse ó permanecer sólo en la noche se ve con frecuencia comprometido. En cuanto a estas actividades básicas del diario vivir, por ejemplo 0.68% de los casos no pueden de ninguna manera salir de la cama y son por ende totalmente dependientes de una tercera persona para sobrevivir. Otro 6.13% puede moverse en su habitación, pero necesita ayuda para bañarse y vestirse lo cual permite aún considerarlo como altamente dependiente. En promedio 7.06% de los mayores tienen necesidad de ayuda en al menos una de las actividades básicas de la vida diaria y dependen en consecuencia de una tercera persona para subsistir.

Las actividades instrumentales requieren de habilidades de mayor complejidad para su ejecución. Desde este punto de vista las incapacidades son en consecuencia más frecuentes. Algunas actividades instrumentales como: cortarse las uñas de los pies son particularmente difíciles pues ya a los 60-64 años un 18% necesita auxilio para lograrlo. Para tomar sus medicamentos y manejar dinero las frecuencias de incapacidad por edad son semejantes, la casi totalidad de los jóvenes viejos las ejecutan, cuando sólo la mitad de los más ancianos aún son capaces de hacerlo. El ejecutar tareas domésticas, tanto ligeras (lavar trastos y barrer) como pesadas (lavar ventanas, trapear el piso o ejecutar la limpieza general), reviste un mayor grado de complejidad. La necesidad de ayuda para ejecutarlas se incrementa considerablemente con la edad. Es así que aproximadamente 40% de los octagenarios y 66% de los nonagenarios están incapacitados para ejecutar, aún las tareas domésticas más ligeras. Es muy claro que la dependencia, tanto para la ejecución de las actividades básicas como para las instrumentales, es cada vez más frecuente a mayor edad y afecta más frecuentemente en todos los casos al sexo femenino.

Grupos de desventaja funcional

Sobre la base de la incapacidad para la movilidad y para la ejecución de las actividades básicas de la vida cotidiana arriba descritas podemos segmentar a la población. Para este fin, cuatro grupos de "desventaja funcional", ó "dependencia", han sido definidos (Alain Colvez 1990) (Cuadro 8) como útiles para la planificación. Se ilustran nuestros resultados conforme a sus criterios en el Cuadro 9.

Los datos anotados muestran la prevalencia de la discapacidad en las actividades individuales. La necesidad de ayuda, se incrementa con la edad y suele ser más prevalente entre las mujeres. Vista aisladamente, la proporción de personas de edad avanzada que tienen un cierto grado de deterioro funcional, traducido por la incapacidad o impedimento para la realización de las

actividades de la vida cotidiana parecería muy grande (a nivel instrumental hasta 27% de los mayores de 60 años). En cambio, los estados graves son mucho menos frecuentes.

Es así, que la proporción de personas que están confinadas a la cama, y que por ende son totalmente dependientes de la ayuda de una tercera persona para la ejecución de las actividades de la vida diaria (grupo A), es inferior en todos los grupos de edad y sexo a un 3% (0.49 a 2.58%). El grupo B esta integrado por individuos que son dependientes para la mayoría de las actividades de la vida diaria y si bien sólo representa un 6.13% del total, hay amplias variaciones entre los grupos de edad. Entre los mayores de 80 años, 21.5% de las mujeres están en éste caso. En el grupo C, (quienes no pueden salir de su domicilio sin ayuda), el porcentaje de la población total de ancianos es de 14.29%, pero la cifra entre los mayores de 80 años alcanza el 30%.

La transición a la alta dependencia funcional

La prevalencia de la condición de alta dependencia funcional conceptualizada de acuerdo con Chamie (1994) como el deterioro en al menos dos funciones básicas o con tres o más incapacidades y con una autopercepción negativa del estado de salud varía en las distintas edades y se incrementa al envejecer nuestra población. La prevalencia del deterioro que condiciona alta dependencia funcional en el total de los mayores de 60 años en México se estima en 17,5%. Sin embargo la proporción de miembros de este grupo poblacional que ha experimentado la transición a la etapa final del curso de la vida varía en los distintos grupos de edades como se muestra en el cuadro 10, de cuyo análisis resalta la relativamente baja proporción de personas con deterioro por debajo de la franja de edad 70-75 años y su rápido incremento por encima de la misma. Si bien estos datos provienen de una encuesta transversal (Solís P, 1998), si asimilamos estos porcentajes al comportamiento de una cohorte ficticia, podemos concluir que las probabilidades de entrar en una situación de alta dependencia funcional antes de los 76 años son bajas, y que a partir de entonces, una creciente proporción de los sobrevivientes experimentan tal deterioro. Esta situación es predominante después de los 90 años. En lo que respecta a las diferencias por género, la mayor proporción de mujeres afectadas tiene su origen no únicamente en la estructura de la población sino en que efectivamente muestran una mayor y más precoz prevalencia de deterioro funcional grave. Las diferencias por lugar de residencia son virtualmente inexistentes, en cambio es posible demostrar como se suscita un más rápido y precoz deterioro en quienes no tienen acceso a los servicios de salud con respecto a quienes lo tienen.

Por otra parte, los datos disponibles (Solís P. 1998) demuestran cómo aún en nuestro medio se da un incremento en la frecuencia de apoyo y en la cantidad de personas que lo brindan cuando sobreviene la situación de dependencia. El peso de este apoyo recae fundamentalmente en personas del sexo femenino y contribuye a profundizar las desigualdades de género. Por otra parte destaca el hecho de que se observó que uno de cada once ancianos que reciben apoyo lo recibe de alguien que no tiene con él ningún parentesco. Además, la ayuda prestada al anciano se da con mayor frecuencia bajo la forma de un intercambio (vg ayuda física por apoyo económico o tiempo dedicado a actividades en el hogar) y se dan con mayor frecuencia por personas de edad promedio de 38 años y con mayor frecuencia del sexo femenino, si bien esto varía en función de la ayuda aportada pues el apoyo económico es brindado en un 80% por

individuos de sexo masculino. Son mayoritariamente las mujeres, esposas e hijas quienes ayudan a la población envejecida en actividades de cuidado personal, domésticas y de provisión de comida, mientras que los varones (esposo e hijos) lo hacen en general con dinero. Sin embargo esta población envejecida ayuda principalmente a los varones en actividades domésticas y tiende a ayudar con dinero a las mujeres. Tal información es significativa pues nos hace ver como la población anciana "dependiente" en realidad participa en una compleja malla de interdependencia dentro de la familia (Montes de Oca V. 1998).

Deterioro funcional: implicaciones para la planeación

La transición a una situación de dependencia funcional implica cambios en las condiciones de salud y funcionalidad de la persona de edad y una redefinición de sus necesidades que apunta al aumento de sus requerimientos de apoyo cotidiano en las actividades de la vida diaria. El creciente número de personas que en las próximas décadas entrará en esta situación representa un gran reto tanto para el diseño de políticas de seguridad social como para la implantación de programas que permitan prevenir los problemas de salud de éste grupo poblacional y brinden apoyo a las familias que tendrán un anciano en casa. La puesta en práctica de soluciones efectivas es sin embargo difícil dado que a los rezagos acumulados en materia de seguridad social se suman la crisis de legitimidad de dicho sistema y por si ello no bastara, el evidente decremento en el tamaño medio de las familias que probablemente traerá consigo un debilitamiento de la institución que tradicionalmente y hasta la fecha se ha hecho cargo de los ancianos situados en una condición de deterioro funcional.

Si bien la promoción de la salud y el fortalecimiento de la atención primaria deben en el mediano plazo permitirnos reducir o diferir el deterioro funcional, es imperativo enfrentar ya la resolución de las necesidades de los casos actuales a través de un empleo y optimización de la infraestructura existente, promoviendo el mantenimiento a domicilio y tomando en cuenta no sólo las necesidades observadas, sino también las resentidas por la población objeto de esta atención para una correcta adecuación de los servicios.

Hay pues un imperativo inmediato que nace del deterioro funcional en especial de los más ancianos y particularmente del sexo femenino, que hace patente la necesidad de desarrollar la atención domiciliaria y los servicios comunitarios.

Aunado a ello hay una necesidad de desarrollar un sistema de vigilancia epidemiológica para el monitoreo de indicadores funcionales y trabajar en el desarrollo de una normatividad, por ahora inexistente.

El peso de las enfermedades en México

El doble reto de la salud en México se pone aún más de manifiesto al medir el peso de la enfermedad con el indicador desarrollado por la Organización Mundial de la Salud y el Banco Mundial: los años de vida saludable perdidos (AVISA). En comparación con los indicadores convencionales, éste ofrece una imagen más integral pues combina las pérdidas de salud debidas a muerte prematura y a discapacidad.

En relación con el peso de la enfermedad de los adultos mayores, en 1994 se perdieron en México alrededor de 1.8 millones de AVISA, lo cual equivale a 13.8% del total para ése año. Al comparar la dimensión de las pérdidas con otras regiones del mundo (cuadro 11) se observa que en los países más desarrollados la proporción es mayor y el país queda en una situación intermedia, próxima al promedio mundial. Sin embargo, al comparar la razón de AVISA per cápita, los países menos desarrollados son los que presentan mayor peso de la enfermedad (Lozano R, 1996). La composición de los AVISA perdidos fue la siguiente: 59% relacionados con años perdidos por muerte prematura (APMP) y 41% por años vividos en discapacidad (AVD). El 41% de las pérdidas se dan en el ámbito rural y el 59% en el urbano; el 52% entre las mujeres y el 48% entre los hombres.

La composición de los AVISA perdidos por causa es peculiar en éste grupo de edad con respecto a poblaciones más jóvenes: 84% corresponden a enfermedades no transmisibles (grupo II) 30%, 8% a enfermedades transmisibles, de la reproducción y de la nutrición (grupo I) y 8% a lesiones accidentales e intencionales (grupo III).

La distribución de los AVISA por entidad federativa sigue un patrón heterogéneo. Al comparar los estados encontramos importantes diferencias: el riesgo de perder un año de vida saludable es mayor 1.3 veces en Colima y Sinaloa que en Querétaro y Guanajuato, que son los estados que se encuentran en los extremos, estos hallazgos no correlacionan con variables socioeconómicas. Sin embargo al analizar por separado los diferentes grupos de causas, encontramos cómo para las enfermedades transmisibles sí existe un patrón diferencial en términos geográficos y socioeconómicos. Los estados del sur presentan un riesgo 2.9 veces mayor que los del norte. El índice de marginación explica además un 63% de la variación en los estados de las patologías del grupo I.

Sin lugar a dudas, la principal causa de AVISA perdidos son las enfermedades crónico-degenerativas, y dentro de ellas, las más importantes son: cardiopatía isquémica, diabetes mellitus, enfermedad cerebrovascular y demencias. Cabe señalar que en las mujeres se mantiene ése orden y que para el caso de los hombres, la cirrosis y la enfermedad pulmonar crónica adquieren mayor relevancia (cuadro 12).

Quizá uno de los elementos más interesantes de estos datos es que si se considerara sólo la tasa de mortalidad para ordenar las necesidades prioritarias de salud de los adultos mayores, se obtendría un orden distinto. En el caso femenino aparecerían dentro de las primeras 12 causas la desnutrición, la diarrea aguda, el cáncer cervico-uterino y el de estómago en vez de las caídas, las demencias, la artritis reumatoide y la osteoartritis. En el caso de los hombres figurarían la desnutrición, y el cáncer de estómago en vez de las caídas y las demencias.

Es de señalarse que en particular las patologías que no aparecerían en la lista de necesidades prioritarias basadas en la mortalidad, son aquellas que contribuyen a incrementar los años vividos con discapacidad.

A partir de los listados del cuadro 12 podemos categorizar las necesidades prioritarias de salud de las personas de edad en México en tres grupos: a) las de alta discapacidad como caídas, demencias y artropatías, b) las que dividen las pérdidas entre muertes prematuras y discapacidad como es el caso de la enfermedad vascular cerebral, las nefritis y nefrosis y la

cardiopatía hipertensiva y c) las necesidades que se generan cuando las pérdidas son fundamentalmente por muerte prematura, como cardiopatía isquémica, diabetes mellitus, todo tipo de neoplasias, influenza y neumonías.

Respecto a las necesidades prioritarias de salud de las personas de edad en México, éstas parecen encontrarse ubicadas en particular en dos grupos de patologías: a) las que tradicionalmente ocurren con elevada frecuencia en estas edades como la diabetes, la cardiopatía isquémica y las enfermedades cerebrovasculares, y b) las enfermedades más discapacitantes como las demencias, las artropatías y las consecuencias de las caídas. La mezcla de ambas obliga a prestar especial atención a los padecimientos que no conducen a la muerte de una manera inmediata pero que son por otra parte generadores de incapacidad y de un elevado consumo de recursos asistenciales.

Para los años por venir, el mejoramiento de la tecnología y los cambios en los estilos de vida pueden afectar la edad de aparición de las enfermedades crónicas y, simplemente posponer la edad de aparición de la discapacidad y de la muerte, por otra parte, aunque la duración máxima de la vida no parece tender a aumentar, si observamos una tendencia regular al incremento de la esperanza de vida al nacer; ambos elementos terminarán por modificar el peso de la enfermedad en éste grupo de edad.

Morbilidad y utilización de servicios

A partir de la información disponible de la encuesta nacional de salud II de 1994, (Wong R 1999) el análisis de la situación de salud comparativamente entre los adultos de 15 a 59 años y los mayores de 60 muestra que: el grupo de mayor edad reporta tener un peor estado de salud, mayor proporción de enfermedades agudas y crónicas y mayor grado de incapacidad. En general, la utilización de servicios de salud es muy baja y similar entre ambos grupos, aunque los determinantes de su uso son distintos en ambos grupos, y también según sea la afección aguda o crónica. En todos los casos, la utilización de servicios por la población mexicana responde sobre todo a la gravedad de la enfermedad y al costo relativo de los servicios. Si bien en sujetos más jóvenes otras determinantes como la estructura familiar, el tamaño del hogar, o el tipo de afección juegan un papel en la búsqueda del servicio. Esto no parece ocurrir con los más viejos. Independientemente de los recursos disponibles, pareciera que la búsqueda de atención no se da a menos que la afección sea grave y el costo relativo bajo lo cual explica que de una población con afecciones crónicas solamente el 20% de los mayores este haciendo uso de los servicios de salud. Esto da cabida paralelamente a importantes acciones en el ámbito de la educación para la salud y obliga a la sistemática búsqueda de casos pues sabemos que, por ejemplo, hasta un 30% de los diabéticos de edad madura no saben que lo son (Secretaría de Salud 1993).

Demanda asistencial

No existen en nuestro medio sino datos preliminares acerca de la utilización de servicios por este sector de la población (Borges A, 1996). Al hospitalizarse, el tiempo de estancia promedio alcanza los 23 días, predominan los ingresos del sexo femenino (68%), la mayoría ingresa por

urgencias (60.8%) y hasta un 20% reingresan al hospital en los 6 meses que siguen a su primera hospitalización. Hasta 30% de las camas de hospitalización en el Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubirán" son ocupadas por mayores de 60 años, con un promedio de estancia que alcanza los 21 días. De cada 3 camas en el ISSSTE, 1 es ocupada por personas mayores de 60 años. En la consulta externa, 21% de las consultas son dadas a mayores de 60 años en el INNSZ. La atención de enfermería del anciano en hospital requiere de un 20% más de horas/enfermera.

En el Seguro Social en 1995 aunque los pobladores de 60 años y más no son sino el 6% de la población total, produjeron más egresos hospitalarios (11.8%) y demandaron más consultas médicas (13%), que cualquier otro grupo de población. Además la estancia hospitalaria promedio fue mucho más prolongada que el promedio nacional (OPS 1990).

Sin duda esto significa un reto para la Seguridad Social de la vejez, a nivel institucional, y también a nivel familiar y comunitario. Es clara además, la necesidad de buscar modelos alternativos para la atención y asistencia del anciano.

Institucionalización

En nuestro país, y más específicamente en la ciudad de México, la tasa de institucionalización de los mayores de 65 años es inferior al 0.5% (Gutiérrez Robledo 1996). Las características de los servicios otorgados en cuidados prolongados han sido evaluadas con resultados inquietantes. La calidad de la atención que se brinda en ellas es con frecuencia inapropiada, en particular en las instituciones con fines lucrativos. La insuficiencia de la normatividad vigente y la carencia de normas específicas así lo propicia. Es clara además la inadecuación de los servicios ofertados con respecto a las necesidades de los beneficiarios en razón de insuficiencias metodológicas en la selección de los ingresos y la evaluación de sus necesidades al ingreso y a lo largo de su estancia (Gutiérrez Robledo L 1989).

En las Instituciones de cuidados prolongados en nuestro país, residen mayoritariamente ancianos, ya sea con incapacidad, o bien en necesidad de asistencia social. En éste ámbito, 52% de las personas requieren ayuda parcial o total para las actividades básicas de la vida cotidiana. Es más común que las mujeres sean totalmente dependientes y más raro que sean independientes con respecto a lo que ocurre en el sexo masculino.

Llama la atención que, si bien hay una tendencia a un mayor deterioro funcional a mayor edad, la proporción de los mayores de 80 años que son totalmente dependientes no es tan superior a la del grupo de menor edad como sucede en la comunidad.

En lo que concierne al origen del deterioro funcional, es frecuente la presencia de padecimientos demenciales (16.8% de los casos), de éstos, más de dos terceras partes son de sexo femenino y 58% tienen más de 80 años. La presencia de síndrome de deterioro intelectual suele ser devastadora desde el punto de vista funcional y determina una total dependencia hasta para las más elementales actividades de supervivencia.

Es común que los ancianos que viven en institución se encuentren paralizados en cama. Esto ocurre en un 21.7% de los casos. Nuevamente, entre los afectados predominan los de sexo

femenino (82%) y, (con 65%) los de mayor edad. En general se trata de una población con una elevada prevalencia de deterioro funcional, viviendo en instituciones con insuficientes recursos como para cubrir las necesidades de los beneficiarios y con grandes carencias en cuanto a capacitación y disponibilidad de personal especializado.

Costos y consecuencias financieras del cambio epidemiológico y el envejecimiento poblacional

Como el perfil epidemiológico mexicano tiende hacia una composición mixta, los distintos tipos de padecimientos compiten por el presupuesto asignado (infecciosos vs crónico-degenerativos). A la par, la demanda asistencial crece y se diversifica con el consecuente incremento en los costos. Las experiencias de otros países han mostrado como esto no depende tan solo de los cambios de perfil epidemiológico sino de una intrincada y amplísima red de interacciones que van desde las percepciones y actitudes, hasta la estructura de la oferta y tipo de servicios y la influencia de industrias como la química farmacéutica. A esto hay que añadir el reconocimiento de que en México el sector salud no se encuentra a la cabeza de las prioridades del gasto público.

En un ejercicio prospectivo (Arredondo, A. 1999) efectuado de 1983 a 1993 inclusive, en el estado de Morelos seleccionando cuatro padecimientos como "trazadores": Diabetes, hipertensión arterial, diarreas agudas y neumonías. Las cifras se obtuvieron a partir de datos históricos y se efectuó una proyección a través de un modelo lineal multiplicador. Los resultados obtenidos se calcularon en base a casos ficticios con un costo standard y con tal metodología se demostró un incremento global en los costos de la atención con un impacto tres veces superior en las enfermedades crónico degenerativas y sin decremento real en el costo de las infecto contagiosas en un lapso de tiempo de 11 años. Esto resulta tanto del cambio en el perfil epidemiológico como del costo inflacionario y del incremento en el número de casos. El caso es particular y aunque la situación de salud del estado de Morelos es cercana a la media nacional no puede fácilmente extrapolarse al nivel nacional. Es claro que se requieren nuevos y más completos esfuerzos prospectivos que presten una cuidadosa atención a la circunstancia específica de cada región y sector pues ciertamente la población de derechohabientes de la seguridad social difiere sustancialmente de las características de la población que no tiene derecho a estos servicios.

A pesar de todo es posible anticipar que de no actuar en el sentido de la prevención y la promoción de la salud para el caso de las enfermedades en cuestión, las consecuencias financieras de los cambios epidemiológicos esperados tendrán implicaciones serias para el uso eficiente de los recursos.

Los costos crecientes son imposibles de absorber en el contexto actual, infortunadamente es de temerse que, de no actuar con oportunidad, los saldos aparezcan en los resultados negativos. Para abordar el problema se requiere de un enfoque intersectorial en donde participen por igual los tomadores de decisiones con responsabilidad en la asignación presupuestal. ¿Cómo explicar a los responsables de asignar el gasto que la inversión en política social sigue una lógica diferente de la inversión productiva?

¿Cómo desarrollar alternativas imaginativas y creativas aún desconocidas para la atención eficiente y de bajo costo?

Estas son algunas interrogantes sobre las cuales se reflexiona en la actualidad en el seno del sector salud mexicano.

Necesidades de salud prioritarias

A pesar de los avances realizados en los últimos 40 años para mejorar el alcance y la utilización de los servicios de salud en México, el gasto público en salud se ha estancado o incluso ha retrocedido en algunos rubros haciendo aún mayor la diferencia entre la capacidad de los sistemas y las necesidades de salud. Los cambios que hemos descrito en el perfil epidemiológico y en el financiamiento y organización de nuestro sistema de salud han aumentado la necesidad de establecer prioridades en la materia. Estas no pueden determinarse sino en consonancia con los valores y principios de la sociedad respecto de la salud, la vida, el bienestar y la igualdad de oportunidades. La política nacional debe de reflejar estos valores. Las intervenciones prioritarias deben de cumplir por lo menos tres criterios técnicos (Bobadilla JL 1997): deben de servir para reducir considerablemente la carga de morbilidad, ser razonablemente eficaces en función del costo y atender las preferencias de la población. Para ser viables además, las intervenciones deben de llevarse a cabo con un grado razonable de calidad, deben tener carácter universal y deben contar con aceptación política. Las prioridades de salud resultantes de éste proceso deben ser comparadas con las vigentes para determinar los desfases y formular recomendaciones a fin de añadir o suprimir prioridades. En la actualidad en México, en lo que respecta a la salud del anciano tenemos ya una aproximación a la medición de la situación de salud. A partir de la información disponible podemos categorizar las necesidades prioritarias de salud de las personas de edad en México en tres grupos: a) las de alta discapacidad como caídas, demencias y artropatías, b) las que dividen las pérdidas entre muertes prematuras y discapacidad como es el caso de la enfermedad vascular cerebral, las nefritis y nefrosis y la cardiopatía hipertensiva y c) las necesidades que se generan cuando las pérdidas son fundamentalmente por muerte prematura, como cardiopatía isquémica, diabetes mellitus, todo tipo de neoplasias, influenza y neumonías. Por otra parte, hay algunas experiencias de análisis de la eficiencia de las intervenciones en función del costo; sigue ahora el integrar los criterios para determinar prioridades y llevar a cabo estudios regionales para una mejor aproximación a la gran heterogeneidad de la situación de salud nacional.

Se necesita investigación para determinar cómo conciliar los dos elementos de la eficacia en función del costo y el alcance universal de los servicios de salud en un país donde existen comunidades muy dispersas y aisladas. Para estimar correctamente la relevancia de las enfermedades crónicas al determinar las prioridades hay que realizar investigaciones acerca de la proyección de la carga de la morbilidad tomando en cuenta la prevalencia actualmente conocida de los factores de riesgo.

Oportunidades de acción

Entramos en la actualidad en México en la “época de oro”, “ventana o escenario de oportunidades” demográfica al aumentar la población en edad laboral y disminuir de manera relativa la proporción de población dependiente. Hemos tenido además una ganancia en esperanza de vida y mortalidad infantil, que se ha dado en los últimos tiempos en mayor grado entre los menos educados. Sabemos sin embargo que tal ventana de oportunidad lo será si y sólo si coincide con un período de crecimiento económico que permita emplear a esa potencial fuerza de trabajo.

Riesgos y dificultades

Sufrimos por otro lado el grave problema de la pobreza, pobreza que aflige en mayor proporción a las personas de mayor edad y en especial a las mujeres. El poder extender el éxito pasado del sector salud a la población anciana y desprotegida es el reto mayor en el presente.

¿Qué hacer?

Se necesita perseverar en el desarrollo de una completa reforma del sistema de salud que lo armonice con el desarrollo económico y social. Simultáneamente requerimos de una cobertura universal que comprenda al menos paquetes esenciales de salud específicamente adaptados a las necesidades de los ancianos. Además superar la segmentación del sistema y abrir alternativas de acceso para los grupos de ancianos más vulnerables que no son por ahora beneficiarios del sistema de seguridad social. Quizás esto podría lograrse a través de la promoción de nuevas formas de organización intermedias o del fortalecimiento de estructuras con eficacia marginal en la actualidad como es el caso del Instituto Nacional de la Senectud dedicado fundamentalmente a actividades de promoción y apoyo social y que pudiera jugar un rol significativo en la atención y promoción de la salud de nuestros mayores. Todo ello sin dejar de reconocer la libertad de elección de los usuarios y la necesidad de elevar la capacidad y la eficiencia. Acaso sea necesario el crear un nuevo “pacto social por la salud del anciano”.

En el diseño de una estrategia de salud orientada a los ancianos se necesita con urgencia el desarrollo de métodos nuevos y eficaces para establecer prioridades de inversión y criterios buscando equilibrio entre eficacia y equidad (vg., el peso de la enfermedad).

Por otra parte no debemos perder de vista la necesidad de promover el desarrollo de sistemas integrales de apoyo a la vejez con un enfoque gerontológico donde se conjuga la atención sanitaria y los servicios sociales. Todo ello habrá de darse en un contexto donde es necesaria la protección de quienes aportan, a la vez que tenemos la obligación de dar seguridad a quienes carecen de recursos y prioridad a los más vulnerables.

En cuanto a los indicadores, dada la conveniencia de analizar de manera simultánea tanto las defunciones como la discapacidad se recomienda emplear indicadores compuestos que permiten agregar los efectos ocasionados por las muertes prematuras a los resultados no mortales de las enfermedades. Los AVISA tienen tales características, si bien son criticables desde varios puntos de vista (Bobadilla J. 1997): imponen preferencias sociales que no han sido

validadas, las ponderaciones por edad no necesariamente reflejan las preferencias comunes entre los especialistas en salud, los economistas y la población en general; la aplicación del AVISA en el plano nacional sobreestima los años de vida perdidos; las ponderaciones de discapacidad pasan por alto el estigma que algunas discapacidades permanentes representan en diferentes sociedades, y no se tiene plenamente cuenta de la discapacidad debida al deterioro cognoscitivo ni son aplicables en países donde la información de salud es escasa.

Sin embargo es difícil por ahora disponer de indicadores más útiles y/o prácticos. En relación con los indicadores, de acuerdo con Lozano y otros, (1996), es necesario desarrollar una agenda de investigación para:

- 1) profundizar en la evaluación de las necesidades de salud empleando indicadores compuestos.
- 2) incrementar el estudio de la discapacidad y de las minusvalías para conocer con más detalle la calidad de vida de los mexicanos de mayor edad, sus necesidades de prevención, atención y rehabilitación, así como sus preferencias sobre la condición de discapacidad.
- 3) evaluar la eficacia de las intervenciones que incluyen la prevención de discapacidades y minusvalías, lo cual en gran medida depende de prevenir enfermedades crónicas en estadios tempranos.

Acciones gubernamentales en México

Los propósitos generales de la política de salud en México apuntan a lograr una mayor cobertura de los servicios de salud, mejorar el nivel de salud de la población, contribuir a un crecimiento demográfico equilibrado, promover la protección de la población de escasos recursos, consolidar el sistema nacional de salud, avanzar en la descentralización del mismo, sumar los esfuerzos de todos los sectores que participan en la salud reactivando el gabinete de salud, promover mecanismos de ampliación de cobertura, vigorizar el nivel primario de atención, impulsar la investigación y la formación de recursos humanos, rehabilitar y modernizar la infraestructura, y realizar una redistribución de los recursos financieros. En este contexto, poco se ha hecho específicamente en relación a los ancianos. Sin duda la salud de los ancianos es un tema que preocupa desde hace años. Sin embargo hay que admitir que a pesar de los esfuerzos que se han desarrollado en la promoción de servicios de atención a este grupo de personas, el éxito ha sido, en general limitado y los programas y actividades para atenderlos necesitan aún de mucho apoyo y alta prioridad.

Con la finalidad de contar con una estrategia operacional y eficiente para la atención integral de los adultos mayores, en México, la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica de la Sub Secretaría de Prevención de Enfermedades, propone en México la integración del comité Nacional de atención al Envejecimiento (CONAEN). Este Comité estará integrado por personas físicas y morales de los diferentes sectores de salud, así como las asociaciones civiles e instituciones que se encuentran trabajando por la salud de los adultos mayores de México (ver apéndice).

Bibliografía

- Aguilar C, Lerman I, Gutiérrez Robledo L (1999). Atherosclerosis .
- Alvarez R Brown M (1983) Encuesta de las Necesidades de los Ancianos en México. Salud Pública de México. 25(1):21-75.
- Arredondo A (1999) Costos y consecuencias financieras del cambio en el perfil epidemiológico en Mexico. En: Hill K, Morelos R y Wong R. Las consecuencias de las transiciones demográfica y epidemiológica en america latina. El Colegio de Mexico 1a ed. Mexico 1999.
- Bobadilla JL (1997) Investigación sobre la determinación de prioridades en materia de salud. En: Frenk J Ed. Observatorio de la salud. Fundación Mexicana para la salud. Pp 255-274. México D. F.
- Borges A, Gutiérrez-Robledo LM et al. (1996) Utilización de Servicios Hospitalarios por Ancianos en la Ciudad de México Salud Pú de Mex, 38:475-486.
- Chamie M. (1994) Overview of trends in morbidity and disability in aging research: evidence from censuses and surveys En: Mertens W. Health and mortality trends among elderly populations: determinants and implications. Bélgica, IUSSP.
- Colvez A. Panorama de la dépendance en France. (1990)Revue Francaise des Affaires Sociales, 44(1):15-22.
- Consejo Nacional de Población.(1992) Esperanzas de vida al nacimiento, 1980-2000. México D.F.
- Frenk J. (1994) Economía y Salud, propuestas para el avance del sistema de salud en México. Fundación Mexicana para la Salud. México D F.
- FUNSALUD (Fundación Mexicana para la Salud). (1995) Encuesta de satisfacción con los servicios de salud en México. FUNSALUD México D.F.
- Gutiérrez-Robledo L (1989) Diagnóstico funcional en el anciano institucionalizado: adecuando los recursos a las necesidades. Rev Soc Mex Ger 1(2):30-41.
- Gutiérrez-Robledo LM. (1990) Perspectivas para el desarrollo de la Geriatria en México, Sal Pub Mex 32(6):693-701.
- Gutiérrez-Robledo L, Reyes G et al.(1996) Evaluación de instituciones de cuidados prolongados en el Distrito Federal. Una visión crítica. Sal Pub Mex, 38:487-500.
- Gutiérrez-Robledo LM, García Ramos G, Ostrosky F. (1997) Epidemiología de los padecimientos demenciales en le Ciudad de México. Desarrollo del protocolo de investigación. Memorias de la reunión de la Academia Mexicana de Neurología y psiquiatria, México D.F..

- Gutiérrez-Robledo L (1998) Relación entre el deterioro funcional, el grado de dependencia y las necesidades asistenciales de la población envejecida en México. En: Hernández Bringas H, Menkes C. La Población de México al final del siglo XX pp 431-448. V Reunión de investigación demográfica en México. UNAM CRIM, México D.F.
- Gutiérrez-Robledo LM. Vazquez A. (1999) Nutritional status in elderly mexicans in urban and rural communities. Aceptado para publicación Age & Nutrition.
- Instituto Mexicano del Seguro Social, (1995) Anuario Estadístico. IMSS México, D.F.
- Lerman I, Villa A, Gutiérrez Robledo L. (1998) Epidemiology of diabetes and coronary risk factors in urban and rural elderly mexicans J. Am Ger Soc,
- Lerman I. Llaca C, Gutiérrez Robledo L. (1999) Obesity Research .
- Lozano-Ascencio R. Frenk J, González Bloch MA. (1996) El peso de la enfermedad en adultos mayores, México 1994. Sal Pub Mex 38:419-429.
- Lozano Ascencio R, Murray C, Frenk J. (1999) El peso de las enfermedades en México. En: Hill K, Morelos J, Wong R. Las consecuencias de las transiciones demográfica y epidemiológica en América Latina. pp 121-146 El Colegio de México, México.
- Montes de Oca V. (1998) Intercambio y diferencias de genero en el sistema de apoyo a la población envejecida en México. En: Hernández H y Menkes C La Población de México al final del siglo XX. SOMEDE CRIM México D.F.
- Neugarten BL et al. (1961) The measurement of Life Satisfaction. J Gerontol., 16:134,143.
- Organización Panamericana de la Salud. (1990) Las condiciones de Salud en las Américas. Publicación científica No. 524. Washington.
- Rosales L Galvan S Martin A (1982) Encuesta Nacional de Invalidez. Sistema Nacional DIF México D.F.
- Secretaría de Salud, Sistema Nacional de Encuestas de Salud. (1988) ENCUESTA NACIONAL DE SALUD. México D.F.
- Secretaría de Salud, (1993) Dirección General de Epidemiología Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas, SSA. México DF.
- Secretaría de Salud. (1996) Daños a la salud. Bol Inform Estad 16 México D.F.
- Wagner FA, Gallo J, Delva J(1999). Depression in late life: A hidden public health problem for Mexico? Sal Pub Mex 41:189-202.
- Wong R. (1998) Morbilidad y utilización de servicios en la población de edad avanzada: análisis comparativo. En: Hernandez H y Menkes C La Población de México al final del siglo XX. SOMEDE CRIM México 1998.

Cuadro 1. SATISFACCION VITAL POR EDAD Y GENERO EN PORCENTAJE.

GRUPO	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	60-80	>80	60-80	>80	60-80	>80
Muy insatisfecho	6.2	7.2	5.4	7.1	5.8	7.2
Insatisfecho	16.7	17	16.6	25.3	16.7	21.6
Satisfecho	65.1	63.6	64.3	57.9	64.7	60.5
Muy satisfecho	11.8	12	13.6	9.7	12.8	10.7

* Fuente: GUTIERREZ ROBLEDO L. 1998

Cuadro 2. AUTOPERCEPCION DEL ESTADO DE SALUD POR EDAD Y GENERO EN PORCENTAJE.

GRUPO	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	60-80	>80	60-80	>80	60-80	>80
Muy mala	3.1	6.13	3.7	7.9	3.4	7.1
Mala	16.5	26.4	18.9	28.7	17.8	27.6
Regular	47	40.8	48.5	44.6	47.8	42.9
Buena	27.8	24.5	24.8	17.3	26.2	20.5
Muy buena	5.6	2.2	4.1	1.5	4.8	1.8

* Fuente: GUTIERREZ ROBLEDO L. 1998

Cuadro 3. PREVALENCIA DE LA DIABETES POR GRUPOS DE EDAD, GENERO Y NIVEL SOCIOECONOMICO EN PORCENTAJE.

GRUPO ETAREO Y GENERO	URBANO MEDIO	URBANO POBRE	RURAL	TOTAL
HOMBRES				
60-69	53.3	30	17.6	32.7
>70	33.3	33.3	21.7	29.2
TOTAL	40.5	31.4	20	30.8
MUJERES				
60-69	7.7	34.4	36.4	23.7
>70	14.5	46.7	14.7	22.2
TOTAL	11.9	40.3	23.2	22.8

Cuadro 4. PREVALENCIA DE LAS DISLIPIDEMIAS POR EDAD Y GENERO EN PORCENTAJE.

Valores	Hombre joven	Anciano	P	Mujer joven	Anciana	p
CT>240	20.4	13.5	0.26	17.2	31.1	0.002
LDL-C>160	22.6	25.7	0.73	17.8	39.1	0.00001
HDL-C <35	28	26.1	0.89	25	16.7	0.06
Tg>200	33.3	27	0.41	10	17.7	0.04
HDL-C<60	7.5	11.7	0.44	10	17.7	0.04

Cuadro 5. PREVALENCIA DE LA OBESIDAD EN MAYORES DE 65 AÑOS POR NIVEL SOCIOECONOMICO

GRUPO	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
URBANA MEDIA	43.6	44.6	43.6
URBANA POBRE	48.9	37.5	56.5
RURAL	16.3	14.7	18.44

Cuadro 6. PREVALENCIA DE DESNUTRICION EN MAYORES DE 65 AÑOS POR NIVEL SOCIOECONOMICO

AMBITO	URBANA MEDIA	URBANA POBRE	RURAL
HIPOALBUMINEMIA	10	16	13
DESNUTRICION	0.7	2.1	7.8
BAJO PESO	5	3.8	7.8

Cuadro 7. INCAPACIDADES PREVALENTES EN MAYORES DE 65 AÑOS Y GARDO DE AFECCION.

INCAPACIDAD	FRACCION DE INDIVIDUOS AFECTADOS (%)	
	DEBILIDAD VISUAL	AMAUROSIS
VISION *	66.6	3.2
AUDICIONS\$	HIPOACUSIA 37	SORDERA PROFUNDA 4
SALUD DENTAL**	DETERIORO CON REPERCUSION FUNCIONAL 63	DETERIORO TOTAL 21
AFECCIONES DE LOS MIEMBROS***	INCAPACIDAD FUNCIONAL PARCIAL 40.7	INCAPACIDAD FUNCIONAL TOTAL 3.3
INCONTINENCIA URINARIA \$\$	PARCIAL 6.5	TOTAL 1.2

*sólo 40% emplean un auxiliar visual

\$sólo 2.9% emplean un auxiliar auditivo

**34% usan algún tipo de prótesis, sólo 0.2% son vigilados por su dentista

***sólo 16% de los casos afectados emplean alguna prótesis

\$\$sólo 7.6%de los afectados usan alguna protección

Cuadro 8. GRUPOS DE DESVENTAJA FUNCIONAL SEGÚN COLVEZ A. 1990.

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Confinados a la cama o el sillón. 2. No confinados a cama o sillón pero con necesidad de ayuda para bañarse y/o vestirse. 3. Sin las características previas, pero que no pueden salir de casa sin la ayuda de una tercera persona. 4. Los demás. |
|---|

Cuadro 9. GRUPOS DE DESVENTAJA FUNCIONAL EN ANCIANOS MEXICANOS POR EDAD Y SEXO EN PORCENTAJE*.

GRUPO	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	60-80	>80	60-80	>80	60-80	>80
A	0.49	0.85	0.47	2.58	0.48	1.8
B	3.45	14.5	4.37	21.59	3.94	18.4
C	6.6	22.8	15.64	36.38	11.44	30.24
D	89.4	61.8	79.5	39.43	84.12	49.54

* Fuente: GUTIERREZ ROBLEDO L. 1998

Cuadro 10. PORCENTAJES DE MAYORES DE 60 AÑOS CON ALTA DEPENDENCIA FUNCIONAL, POR GRUPOS DE EDADES Y SEXO, MEXICO 1994*.

GRUPOS DE EDADES	HOMBRES	MUJERES
60-64	11.2	10.4
65-69	11.2	12.7
70-74	9.1	18.1
75-79	20.0	24.9
80-84	29.4	35.4
85-89	24.6	49.6
90 Y MÁS	59.3	68.4

* SOLIS P. 1998

Cuadro 11. PORCENTAJE DE AÑOS DE VIDA SALUDABLE PERDIDOS RESPECTO AL TOTAL Y AVISA PERDIDOS POR 1000 EN POBLACION DE 60 AÑOS Y MAS EN VARIAS REGIONES DEL MUNDO 1994*.

REGIONES	%	AVISA X 1000
Países con economía de mercado consolidada	41.5	268.9
Países europeos antes socialistas	33.5	337.5
China	21.5	430.4
México	13.6	322.3
América Latina y el Caribe	10.6	350.8
Otros países asiáticos e islas	10.2	420.2
India	9.7	483.5
Medio oriente	8.1	400.3
Africa subsahariana	3.9	494.0
Mundo	13.4	373.1

*(Según Lozano R 1996)

Cuadro 12. ORDEN DE CAUSAS ESPECÍFICAS DE ENFERMEDAD USANDO TRES INDICADORES DE NECESIDADES DE SALUD, MÉXICO 1993.

Causas	Mortalidad	AVPP	AVISA
Enfermedades isquémicas del corazón	1	9	7
Diabetes Mellitus	2	11	8
Enfermedad cerebrovascular	3	12	10
Neumonía	4	1	6
Cirrosis hepática	5	5	3
Homicidios y violencias	6	3	1
Diarrea aguda	7	2	4
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	8	16	15
Desnutrición proteico-calórica	9	7	9
Choques de vehículos de motor	10	6	2
Nefritis/nefrosis	11	14	14
Atropellados	12	8	5

Apéndice.

Programa Nacional de Atención al Envejecimiento 1999-2000

La Misión del CONAEN es el promover, atender, educar e investigar los fenómenos relacionados al proceso del envejecimiento con un enfoque holístico para lograr un envejecimiento sano y digno en la población en general, a través de la instrumentación del programa nacional de atención al envejecimiento.

Estructura:

La CONAEN se dividirá en cinco subcomités troncales que funcionarán en parte de manera autónoma. Estos subcomités son: 1) Modelos de atención; 2) Vigilancia, Prevención y Control de Enfermedades; 3) Aspectos Bioéticos y Legales; 4) Investigación y; 5) Educación y Capacitación. El diseño y coordinación del Programa Nacional de Atención del Envejecimiento o PRONAEN será uno de las responsabilidades más importantes de este grupo.

Objetivo General:

Mantener mejorar y recuperar la autonomía y dignidad de los adultos mayores a través de acciones dirigidas a su atención integral que permitan una cultura del buen envejecimiento.

Objetivos específicos:

- Elaborar el Programa Nacional de Atención al Envejecimiento.
- Evaluar el cumplimiento de las normas, procedimientos y lineamientos generales que rijan al mismo.
- Coadyuvar en la operación del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica en relación con las enfermedades más frecuentes en la vejez.
- Promover la capacitación de los recursos humanos para la salud encargados de la atención de la población mayor de 60 años.
- Promover la inclusión en el Cuadro Básico y en el Catálogo de Insumos del Sector Salud, de los insumos que con frecuencia se utilizan en la atención médica en la vejez.
- Proponer la inclusión de contenidos relacionados con la salud y el envejecimiento en los planes y programas de estudio de los niveles básicos, medios y superiores, en este último caso en las profesiones de la salud y carreras afines, a efecto de crear condiciones favorables para prevención y control de las enfermedades en la población mayor de 60 años.
- Establecer los mecanismos necesarios para garantizar la calidad de la atención médica en la vejez.
- Promover y establecer los lineamientos generales para el desarrollo de campañas permanentes de comunicación educativa y social que promuevan acciones preventivas y de detección oportuna de las enfermedades más frecuentes en la vejez.
- Determinar y en su caso aplicar estrategias para el control de las enfermedades con mayor incidencia en la población mayor de 60 años.
- Establecer modelos de investigación en la materia, así como fomentar la realización de proyectos que permitan el avance científico y tecnológico a favor del programa.
- Promover y gestionar ante las instancias públicas y privadas correspondientes el apoyo necesario para la adecuada instrumentación y operación del programa.
- Fomentar la participación de la familia y la comunidad en la atención de la salud de la población mayor de 60 años.
- Coordinar acciones con las instituciones y organismos integrantes del Comité, con el propósito de dar homogeneidad y racionalizar las acciones en la materia.
- Difundir las actividades del Comité, así como los avances científicos y tecnológicos en la materia.
- Promover la creación de comités estatales de atención al envejecimiento.

II.4 SAÚDE DO IDOSO NO BRASIL

*Luiz Roberto Ramos **

Introdução

No Brasil, a semelhança do que se observou com os coeficientes de mortalidade geral, houve uma queda abrupta da mortalidade por doenças infecto contagiosas (DIC) e um aumento concorrente da mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), particularmente as de origem cardiovascular. Num período de menos de 30 anos (1950-80), as DIC caíram do primeiro lugar para o terceiro lugar e as doenças cardiovasculares (DCV) assumiram o posto da principal causa de morte no país, em todas as diferentes regiões geográficas do país (Ramos, Veras, & Kalache, 1987).

Antes consideradas doenças do desenvolvimento, as doenças cardiovasculares, hoje, podem ser melhor caracterizadas como doenças da urbanização. Países como o Brasil, mesmo sem terem experimentado o desenvolvimento social pleno, vivem uma epidemia de DCV, muito provavelmente explicada pela mudança de hábitos alimentares, excesso de stress e poluentes ambientais, decorrentes do processo de urbanização. Na verdade, a persistirem os baixos níveis socioeconômicos e educacionais vigentes, é provável que o custo social desse aumento na incidência e prevalência de DCV seja ainda mais significativo do que o verificado em países desenvolvidos em meados deste século (Ramos, e col., 1992b).

Dados recentes do Ministério da Saúde, mostram que a principal causa isolada de internação no Brasil, é a insuficiência cardíaca congestiva (ICC). Trata-se de uma doença crônica, que exige cuidados especializados, procedimentos caros para fins de diagnóstico e acompanhamento e um prognóstico sombrio a longo prazo (Ramos, Santos & Marcopito, 1996).

Doenças cujo principal fator de risco segue sendo a própria idade, tendem a assumir dimensões epidêmicas com o envelhecimento populacional. Um exemplo ilustrativo é o da Doença de Alzheimer (DA). Trata-se de uma doença neurodegenerativa, com uma incidência desprezível antes dos 60 anos, e que cresce exponencialmente em importância, com o passar dos anos. Estudos epidemiológicos mostram que `mais de 10% da população acima de 65 anos tem a doença, sendo que esta prevalência dobra a cada 5 anos, podendo chegar a quase 50% entre os muito idosos (85+) (Evans, e col., 1989). Por ser uma doença evolutiva, extremamente incapacitante e sem medidas terapêuticas eficazes, ainda que paliativas, pode ser considerada um dos grandes problemas de saúde pública no mundo.

Os defensores dos hábitos de vida saudáveis postulam que medidas de promoção e educação em saúde podem postergar o aparecimento das DCNT e das incapacidades

* Md., Phd., Chefe da Disciplina de Geriatria, Universidade Federal de São Paulo, Brasil (lrr@uol.com.br).

associadas, levando a uma retangularização da curva de sobrevivência (a maioria da população morrendo em idades avançadas) juntamente com as curvas de morbidade e incapacidade, diminuindo a prevalência de DCNT e das incapacidades associadas (Fries, 1980). Trata-se de uma teoria controversa, já que não se tem evidências de que as curvas de morbidade e incapacidade estejam acompanhando as curvas de mortalidade. Ou seja, quanto maior a expectativa de vida de uma população maior tende a ser o número de pessoas vivas porém com DCNT e incapacidades associadas. Esta última corrente pode ser exemplificada pela ação das Unidades de Terapia Intensiva, que hoje ‘salvam’ muitas vidas que no passado seriam perdidas, mas que dificilmente restauram a condição de saúde prévia a admissão na unidade (Kane, Radosevich & Vaupel, 1990).

Se por outro lado, os hábitos de alimentação, atividade física, controle de stress, tabagismo e alcoolismo têm sofrido mudanças em países desenvolvidos, e são, sem dúvida, fatores concorrentes para a queda verificada na mortalidade por certas doenças, principalmente as cardiovasculares, não se tem ainda evidências que a incidência dessas doenças esteja diminuindo (Kane, Radosevich, & Vaupel, 1990). Em países como o Brasil as evidências são de que esses hábitos de vida não saudáveis ainda são bastante prevalentes (Rego, e col., 1990).

Numa situação de escassez de recursos e múltiplas prioridades, não basta dizer que o problema do envelhecimento populacional existe, tende a crescer e vai requerer grandes investimentos. É preciso decidir por onde começar e quais as medidas de menor custo e maior impacto em termos de benefício. O desafio nesta virada de século será imenso: terminar de sanear o meio-ambiente e controlar definitivamente as doenças infecciosas, e ao mesmo tempo desenvolver um sistema de promoção de saúde e assistência médica que atenda a demanda de uma crescente população de idosos com problemas crônicos, requerendo procedimentos caros e especializados, sem uma perspectiva de cura e com a possibilidade sempre presente de agravamento, devido às incapacidades associadas a doença de base.

Capacidade Funcional: Novo Conceito de Saúde para o Idoso

Embora a grande maioria dos idosos seja portadora de pelo menos uma doença crônica (Furner, Brody & Jankowski, 1997), nem todos ficam limitados por essas doenças, e muitos levam vida perfeitamente normal, com as doenças controladas e expressa satisfação na vida. Um idoso com uma ou mais doenças crônicas pode ser considerado um idoso saudável, se comparado com um idoso com as mesmas doenças porém sem controle das mesmas e com seqüelas decorrentes, e incapacidades associadas. Neste sentido o conceito clássico de saúde mostra-se inadequado para descrever o universo de saúde dos idosos, já que a ausência de doenças, é privilégio de poucos, e o completo bem estar pode ser atingido por muitos, independentemente da presença ou não de doenças (Grimley-Evans, 1984).

Capacidade funcional surge, portanto, como um novo conceito de saúde, particularmente relevante para o idoso (Fillenbaum, 1984; Kane & Kane, 1981). Saúde, dentro desta nova ótica, passa a ser a resultante da interação multidimensional entre saúde física, saúde mental, independência na vida diária, integração social, suporte familiar, e

independência econômica. Qualquer uma dessas dimensões, se comprometida, pode afetar a capacidade funcional de um idoso. A perda de um ente querido, a falência econômica, uma doença incapacitante, um distúrbio mental, um acidente, são eventos cotidianos que podem, juntos ou isoladamente, comprometer a capacidade funcional de um indivíduo. O bem estar na velhice, ou saúde num sentido amplo, seria o resultado do equilíbrio entre as várias dimensões da capacidade funcional do idoso, sem necessariamente significar ausência de problemas em todas as dimensões.

Envelhecimento Saudável: fatores associados

A velhice é um período da vida com uma alta prevalência de DCNT, limitações físicas, perdas cognitivas, sintomas depressivos, declínio sensorial, acidentes, e isolamento social. No entanto tem crescido o interesse em estabelecer quais os fatores que isolada ou conjuntamente, melhor explicam o risco que um idoso tem de morrer a curto prazo. Uma noção útil do ponto de vista epidemiológico e clínico. Para responder a essa questão, no entanto, faz-se necessário estudos longitudinais, que acompanhem coorte de idosos controlando estatisticamente todas as possíveis variáveis de confusão.

Estudos epidemiológicos anteriores avaliaram, de maneira transversal, a capacidade funcional do idoso brasileiro, residente em zona urbana (Ramos, 1987; Ramos, Rosa, Oliveira, Medina, & Santos, 1993b). Os resultados mostraram, a semelhança do que se observa em todo o mundo desenvolvido, uma alta prevalência de doenças crônicas e limitações físicas associadas. O quadro variou significativamente segundo o nível socioeconômico e o suporte familiar, no sentido de que os mais pobres apresentavam capacidade funcional mais comprometida, e viviam em domicílios multigeracionais com presença de filhos e netos. Infelizmente, a grande maioria pertencia a esse grupo (Ramos, 1992).

Projeto EPIDOSO

De um total de 2525 pessoas arroladas em um bairro de classe média de São Paulo, em 1991, 1667 foram devidamente entrevistadas no domicílio, constituindo-se na coorte inicial a ser reintervistada após dois anos (Ramos e col, 1998). A maioria era do sexo feminino (65%) e a idade média foi 74.9 anos, no geral. Quase a metade do coorte pertencia ao grupo de 75 anos ou mais (46%), sendo que 23% tinha 80 anos ou mais. Não houve variação significativa da distribuição etária e da média de idade segundo sexo.

Apenas 5% dos idosos eram completamente analfabetos, enquanto que 17% sabiam ler e escrever mas não haviam terminado o curso primário, totalizando 22% com um nível educacional baixo. Menos de um terço havia completado o colegial ou curso superior (27.9%). Entre as mulheres a proporção de indivíduos com baixo nível educacional era significativamente maior, o contrário ocorrendo em relação a proporção de pessoas com pelo menos o nível colegial - 25% e 15%, baixa educação e 22% e 40%, alta educação, mulheres e homens respectivamente.

A renda média percapita do domicílio, foi de US\$ 230 (valores da época), variando significativamente para mais no caso dos homens (US\$249) e para menos entre as mulheres (US\$ 221). Em geral, 68% dos idosos viviam em domicílios com uma renda percapita acima de US\$100 por mês.

A maioria dos idosos estavam casados (51%) ou viúvos (37%), porém com diferenças marcantes segundo o sexo. Entre os homens a maioria absoluta encontrava-se casada (80%), com 12% de viúvos e apenas 5% de solteiros, enquanto que as mulheres eram majoritariamente viúvas (49%) com uma minoria importante de solteiras (11%).

O arranjo domiciliar pode ser visto como uma decorrência do estado conjugal, novamente mostrando diferenças significativas entre os sexos. Em geral, apenas uma minoria vivia só (14%), enquanto a maioria vivia em domicílios multigeracionais (50%), com filhos (32%) - duas gerações - ou filhos e netos (18%) - três gerações. Apenas 36% vivia com o cônjuge apenas. Entre as mulheres, predominaram, em relação a média, os domicílios com idosas morando só (18%) ou com filhos e netos (21%), ao passo que entre os homens os arranjos mais freqüentes eram o do casal morando só (44%) ou com filhos sem netos (35%).

A auto-avaliação subjetiva de saúde dos idosos do coorte foi, em geral, muito boa, com 70 % referindo uma saúde boa ou ótima, e 82% considerando que a própria saúde estava melhor do que a média dos seus pares. Nesta linha de avaliação as mulheres mostraram uma tendência a serem ligeiramente mais pessimistas em relação a própria saúde, uma diferença que mostrou significância estatística.

Em relação aos órgãos dos sentidos a auto-avaliação subjetiva também foi bastante positiva. Dois terços dos idosos (67%) referiu não ter dificuldades auditivas, podendo acompanhar uma conversa em uma sala movimentada. Uma avaliação que não variou segundo o sexo. A visão foi considerada boa ou excelente por 60% dos idosos, significativamente mais entre os homens (65%). O estado dos dentes, infelizmente, refletiu uma situação calamitosa, em geral. Apenas 3% dos idosos referiram ter todos os dentes naturais, sendo que 55% não tinha nenhum dente - edentulismo. A porcentagem de edentulismo foi significativamente maior entre as mulheres, chegando a 60%.

A saúde física referida através do "checklist" de doenças crônicas mostrou que a absoluta maioria dos idosos é portador de pelo menos uma doença crônica (94%), prevalência que pode chegar a 97% entre as mulheres. Um terço dos idosos, na verdade, refere pelo menos cinco doenças crônicas, proporção que sobe para 40% entre as mulheres e cai para 20% entre os homens. Entre as doenças referidas, as mais prevalentes foram dor lombar (44%), varizes (43%), pressão alta (40%) e dor articular (34%). Proporções menores, porém significativas, dos idosos, referiram catarata (26%), incontinência urinária (17%), diabetes (13%), asma (10%) e derrame cerebral prévio (5%). Os problemas mais prevalentes (dor lombar, varizes, pressão alta e dor articular) foram mais referidos pelas mulheres quando comparadas aos homens.

Um problema que freqüentemente acomete os idosos, mas que raramente é lembrado pelo médico, é a ocorrência de quedas, muitas vezes associadas a fraturas. Entre os idosos do coorte, 32% referiu queda no último ano, sendo que 6% referiu fratura no período. Essas proporções variaram significativamente com o sexo, sendo mais altas entre as mulheres - 37% e 7% para quedas e fraturas respectivamente.

Um quinto do coorte mostrou sinais de distúrbio afetivo, sendo que entre as mulheres a proporção foi significativamente maior (23%) em relação aos homens (13%). Na avaliação cognitiva, 29% dos idosos apresentou sinais de déficit cognitivo, com uma proporção significativamente maior entre as mulheres (33%) quando comparadas aos homens (22%).

Em termos da capacidade funcional, medida pela performance nas atividades da vida diária (AVDs) - habilidade de realizar sem ajuda 15 atividades do dia-a-dia -, mais de um terço (34%) mostrou-se totalmente independente (escore zero), com uma variação significativa entre os sexos - apenas 27% das mulheres, comparadas a 45% dos homens, referiram total independência para realizar as AVDs. Um minoria considerável (16%) referiu dificuldade para realizar pelo menos 7 AVDs, caracterizando um grupo de alta dependência, mais prevalente entre as mulheres (18%) do que entre os homens (12%).

Discussão

O Brasil passa por um processo de envelhecimento populacional rápido e intenso nesse final de século. Se por um lado, o país ainda tem um longo caminho até que as doenças infecciosas estejam totalmente controladas, reduzindo a níveis aceitáveis a mortalidade infantil, por outro lado, o desafio maior no século XXI será cuidar de uma população de mais de 32 milhões de idosos, a maioria com baixo nível socioeconômico e educacional, e uma alta prevalência de doenças crônicas e incapacitantes.

Poucos são os profissionais de saúde com formação especializada para o cuidado do idoso, a maioria atuando dentro de um sistema mau equipado para fazer frente a demanda multifacetada do idoso. Para que esse descompasso entre a realidade demográfico-epidemiológica e o sistema de saúde possa ser corrigido a médio prazo, será preciso estabelecer indicadores de saúde capazes de identificar idosos de alto risco e orientar ações concentradas de promoção de saúde e manutenção da capacidade funcional. Cabe definir uma linha de ação prioritária visando desenvolver uma estrutura de atenção primária, secundária e terciária a saúde do idoso. A experiência em outros países mostra que o problema só tende a agravar-se, na medida em que, com o tempo, mais pessoas irão viver por mais tempo, acentuando cada vez mais as deficiências do sistema e gerando um círculo vicioso onde o idoso mau tratado irá demandar progressivamente mais serviços e recursos.

O objetivo principal do sistema deve ser a manutenção da capacidade funcional do idoso, mantendo-o na comunidade, pelo maior tempo possível, gozando da maior independência possível. Para tanto será fundamental identificar perdas cognitivas e de independência no dia-a-dia, caracterizar a *hierarquia da dependência* (Ramos, Perracini, Rosa,

Kalache, 1993b), buscando formas de superá-la, analisar fatores de risco para morte e perda de capacidade funcional e buscar soluções adequadas ao momento e às condições de desenvolvimento do país.

Num contexto de planejamento estratégico em saúde, instrumentos de avaliação cognitiva e independência, juntamente com instrumentos para avaliar qualidade de vida, deverão constar do protocolo de avaliação básica do idoso em qualquer nível. Causas de perda cognitiva e funcional passíveis de tratamento e reabilitação deverão ter prioridade na alocação de recursos diagnósticos e terapêuticos.

A manutenção da capacidade funcional é em essência uma atividade interdisciplinar onde concorrem médicos, enfermeiras, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, psicólogos, e assistentes sociais. A presença desses profissionais na rede de saúde deve ser vista como uma prioridade. No entanto, para que a atenção ao idoso possa se realizar em bases interprofissionais é fundamental que se estimule a formação de profissionais treinados, através da abertura de disciplinas nas universidades, de residências médicas, e de linhas de financiamento a pesquisa que identifiquem a área da geriatria e gerontologia.

Referências

- Evans, D.A., Funkenstein, H.H., Albert, M.S., Scherr, P.A., Cook, N.R., Chown, M.J., Hebert, L.E., Hennekens, C.H., & Taylor, J.O. (1989). Prevalence of Alzheimer's disease in a community population of older persons. Higher than previously reported. *JAMA*, 262(18), 2551-56.
- Fillenbaum, G.G. (1984). *The well-being of the elderly: approaches to multidimensional assessment*(Technical Report No. 84). World Health Organization.
- Fries, J. (1980). Aging, natural death and the compression of mortality. *NEJM*, 303, 130-35.
- Furner, S., Brody, J., & Jankowski, L. (1997). Epidemiology of aging. In C. Cassel, H. Cohen, E. Larson, D. Meier, N. Resnick, L. Rubenstein, & L. Sorenson (Eds.), *Geriatric Medicine*. New York: Spring-Verlag.
- Grimley-Evans, J. (1984). Prevention of age-associated loss of autonomy: epidemiological approaches. *J Chronic Dis*, 37(5), 353-63.
- Kane, R.A., & Kane, R.L. (1981). *Assessing the elderly: a practical guide to measurement*. Lexington Books
- Kane, R.A., Radosevich, DM. Vaupel, JW. (1990). Compression of morbidity: issues and irrelevancies Eds. Kane, RL.Grimley-Evan, J.Macfadyen, D. *Improving the health*

of older people: a world view. Oxford University Press

- Ramos, L.R. (1987). *Growing old in Sao Paulo, Brazil: assessment of health status and family support of the elderly of different socioeconomic strata living in the community.* Unpublished Ph.D. thesis, University of London.
- Ramos, L.R., Veras, R., & Kalache, A. (1987). Populational ageing: a Brazilian reality. *Rev Saude Publ*, 21(3), 211-24.
- Ramos, L.R. (1992). Family Support for the Elderly in Sao Paulo, Brazil. In H. Kendig, A. Hashimoto, & L. Coppard (Eds.), *Family support for the elderly: the international experience*. Oxford: Oxford University Press.
- Ramos, L., Santos, F., Schoueri, R., Cendoroglo, M., & Martinez, T. (1992b). Doenças cardiovasculares no idoso: implicações clínicas dos dados epidemiológicos. *Rev Soc Cardiol do Est São Paulo*, 1(3), 6-12.
- Ramos, L., Santos, F., & Marcopito, L. (1996). Morbidade e mortalidade por doenças cardíacas em Sao Paulo. In A. Souza & A. Mansur (Eds.), *SOCESP - Cardiologia*. Sao Paulo: Atheneu.
- Ramos, L.R., Perracini, M., Rosa, T.E.C., & Kalache, A. (1993a). Significance and management of disability among urban elderly residents in Brazil. *J. Cross Cultural Gerontology*, 8, 313-23.
- Ramos, L.R., Rosa, T.E.C., Oliveira, Z., Medina, M.C., & Santos, F.R.G. (1993b). Profile of the elderly residents in Sao Paulo, Brazil: results from a household survey. *Rev Saude Publ*, 27(2), 87-94.
- Ramos, L.R. Toniolo N, J. Cendoroglo, M.S. Garcia, J.T. Najas, M.S. Perracini, M. Paola, C.R. Santos, F.S. Bilton, T. Ebel, S.J. Macedo, M.B. Almada F, C.M. Nasri, F. Miranda, R. Goncalves, M. Santos, A.L. Fraietta, R. Vivacqua N, I. Alves, M.L. Tudisco, E.S. (1998). Two-year follow-up study of elderly residents in Sao Paulo, Brazil (EPIDOSO PROJECT): methodology and preliminary results. *Rev Saude Publ*, 33(5):397-407,
- Rego, R., Berardo, F., Rodrigues, S., Oliveira, Z., Vasconcellos, C., Aventurato, L., Moncau, J., & Ramos, L. (1990). Risk factors for chronic non-communicable diseases: a domiciliary survey in the municipality of Sao Paulo, SP (Brazil). Methodology and preliminary results. *Rev Saude Publ*, 24(4),

II.5 HEALTH CARE FOR OLDER PERSONS IN A CARIBBEAN COUNTRY

Anselm J. M. Hennis¹

Aging in the Caribbean Region

Whereas the world's total population is growing at an estimated annual rate of 1.49% during the period 1995 to 2000, the growth of the population aged 60 years and over is projected at 3.15% during this time (United Nations, 1995). The demographic transition characterized by changes in population growth and composition is highly corroborated with socioeconomic development. Progression in the demographic transition is associated with an increase in the proportion of the elderly while the proportion of persons aged 0 – 14 years decreases. The majority of Caribbean countries are in the latter stages of the demographic transition, characterized by low mortality and low fertility, even below replacement levels (Pan American Health Organization, 1994). The elderly population in the English-speaking Caribbean region numbered approximately 500,000 in 1998 and this figure is projected to exceed 1.0 m by the year 2025 (US Bureau of the Census, 1998) (Table 1). Similarly, the elderly populations of the Latin Caribbean (i.e. Cuba, Dominican Republic, Haiti and Puerto Rico) are far larger, numbering 2.9 million in 1998, and are also expected to demonstrate a two-fold increase by 2025.

The demographic transition has been achieved in different countries via different routes, so that aging in Barbados has been influenced by reductions in fertility coupled with emigration of young people in the 1950s and 1960s (Eldemire, 1997). More recently, there has also been a return of members of this group, now as retired persons. This latter scenario is also relevant for some of the other Caribbean islands.

A significant demographic trend relates to the increase in the population of the old elderly, i.e. those aged 75 years and older. Consistent with global trends, particularly in the more developed countries, this is actually the fastest growing sector of the older population in the Caribbean region (Table 1). Current projections anticipate an overall doubling of the proportion of those aged 75 years and above, by 2025. Some experts contend that progression of the demographic transition has led to a 'fourth generation' of relatively frail old people with particular needs (Townsend, 1968).

Aging and Support Structures in the Caribbean: Gender Implications

The dependency ratio represents the ratio of the combined non-working populations (aged 0-14 and 60+) to the population of working age (i.e. aged 15 to 59 years) and therefore measures the number of dependents which the economically productive population must support. The dependency ratios for selected Caribbean countries are presented in Table 2. While there is a universal decline in the numbers of younger members of Caribbean populations, the increasingly older populations with improved life expectancies, will result in increased dependency ratios.

¹ Lecturer in Medicine, School of Clinical Medicine and Research, University of the West Indies (ahennis@caribsurf.com).

This has immediate implications for pension schemes, which offer variable coverage across the Caribbean. Pensions are not indexed to the cost of living and in most instances falls below the level of minimum wages. In Barbados, the contributions paid by the current workers exceed the current cost of benefits, and the excess contributions are therefore used to build up a fund of assets which can be invested to help meet future costs. However, increasing dependency ratios means that there will be many more pensioners than contributors. In Barbados, the ratio of total pensioners to contributors was 28.9% in 1996, and this is projected to increase to a ratio of more than 50% by 2025. Unless appropriate and timely measures are instituted, these and other similar social security systems will collapse.

Limited data are available about economic means among the elderly in the Caribbean (Eldemire, 1997). The greater longevity of women has resulted in a greater proportion of elderly women than men, and this is not expected to change in the near future (Table 1). Social support in its broadest sense must be seen in the context of older members of communities living in stable relationships. Eldemire (1997) and Brathwaithe (1986) have both shown that a greater proportion of older Caribbean women are likely to be single. In addition to the obvious resulting psychosocial issues, there are also important economic considerations. As noted by Brathwaite (1986), elderly women in Barbados, particularly the oldest old are frequently socially and economically disadvantaged. Data are extremely limited in this area, but it appears that elderly men are more likely to be economically active (Table 2). These circumstances significantly impact on the social, economic, physical and psychological wellbeing of these members of the population, and socioeconomic and other support structures must be considered in terms of the obvious gender inequalities. Older women in the Caribbean therefore constitute a vulnerable group within Caribbean society.

Barbados: Socioeconomic and Demographic Overview

Barbados, is the easternmost island in the Caribbean archipelago, extending over 166 square miles or 430 km². It is an English-speaking country with a strongly British ethos which has in the past given rise to the nomenclature of 'little England'. Barbados has a democratic system of government with parliamentary elections held every five years, and its House of Assembly or lower house is the third oldest in the commonwealth. This island state is a medium income country now ranked 29th of the 45 high human development index countries (Human Development Report, 1999). In Barbados, the adult literacy rate is 97.6%, education at the primary and secondary levels being compulsory until age 16 years. Life expectancy at birth is 76.4 years and every member of the population has access to safe water, health and sanitation services. More than 75% of households have telephones and more than 90% have electricity (Pan American Health Organization, 1998). The real GDP per capita based on 1997 estimates has been calculated at US \$12,000.

The population is currently estimated at 268,000, the ethnic distribution being 93% of black African descent, 4% of mixed race (white and black) and 3% of white race (Leske et al., 1994). During the period 1992-5 (Pan American Health Organization, 1998) the annual population growth rate was less than 1% and the crude mortality rate remained constant at 9 per 1000. The demographic profile has changed over the past decade with an increasing proportion of elderly persons and approximately 13% of the population were older than 60 years in 1998. Now

whereas the overall population consists of 52.1% women and 47.9% men, there are 20 % more females than males among those aged 60 years and older.

Health Conditions in Barbados: The Epidemiologic Transition

Barbados was discovered by the Portuguese in 1536 and subsequently settled by the British in 1627. The introduction of sugar cane to the New World by Columbus on his second voyage led to the so called 'Sugar Revolution' that was to lead to profound changes in the demographics and health of the country over subsequent generations. To service the manpower demands of this labour intensive industry, slaves were secured from Africa and their descendants now account for the majority of the island's inhabitants. Although the island reached a high degree of prosperity by 1700, by the middle of that century, the mortality rate was 60 per 1000, many slaves dying from 'dropsy' (protein energy malnutrition). Following the abolition of slavery, living circumstances on the island deteriorated significantly. By the turn of the 20th century the infant mortality rates in Barbados were among the highest in the Western hemisphere and the island was considered the 'unhealthiest colony in the entire British empire'. The principal causes of death in childhood were malnutrition, gastrointestinal diseases and congenital syphilis. Infantile malnutrition continued to be a significant problem in Barbados as recently as a mere 30 years ago, until the success of the intervention strategies spearheaded by Ramsey and colleagues (Ramsey, 1979).

Advances in public health, nutrition, immunisation and evolutions in the provision of secondary and tertiary care coupled with improved standards of living have now resulted in Barbados being at the forefront of the so-called developing world. The epidemiologic transition from infectious diseases to chronic non-communicable diseases is now established and in 1995, the five leading causes of death (in descending order) were cardiovascular disease accounting for 18.8% of deaths; malignant neoplasms, 17.2%; cerebrovascular disease, 13.7%; diabetes mellitus, 10.0% and other diseases of the circulatory system, 3.9% (Annual Report of the Chief Medical Officer, 1995). These data are consistent with the pattern expected for a relatively well-developed country with an aging population.

The Elderly in Barbados: Illness in the Population

Coping with the elderly is one of the major challenges to the Barbadian health care system. As mentioned, non-communicable disorders including cardiovascular disease and diabetes contribute significantly to morbidity among the elderly. A large body of information concerning morbidity among the elderly has now become available through the Barbados Eye Studies.

Eye Disease and Visual Impairment

Although populations of African origin are known to be at higher risk of blindness than whites, epidemiologic data on the distribution and risk factors of major eye diseases in blacks are sparse. Furthermore, as populations age, debilitating eye diseases will affect larger numbers of people, impairing their quality of life. The Barbados Eye Studies, a series of large epidemiologic studies funded by the National Eye Institute (US), were designed to collect population-based data in

black adults about the major eye diseases, namely, open-angle glaucoma (OAG), age-related cataract, age-related macular degeneration and diabetic retinopathy (DR). The ultimate aim of this research is to prevent or control visual loss.

The initial prevalence study (Barbados Eye Study or BES) was conducted between 1988 and 1992, followed by the two Barbados Incidence Study of Eye Diseases (BISED 1992-1997 and BISED 11 1997-2002). The genetics of glaucoma is being studied in the on-going Barbados Family Study of Open-angle Glaucoma (1995-2000).

The BES study was based on a simple random sample of Barbados-born residents, 40-84 years and included 4,709 persons (84% participation); median age was 58 years and 57% were women. The standardized protocol included detailed ophthalmic measurements, blood pressure, anthropometric measurements, an interview and glycosylated hemoglobin (GHb) assay.

Open angle glaucoma (by study definition, visual field defects and disc damage, in the absence of other causes) affected 7% of the population overall (8% of men and 6% of women), being most prevalent among those aged 60 years and above (Table 3). Of particular significance, half of those suffering from this condition were previously undiagnosed and only detected by the screening procedures of the study (Leske et al., 1994). Lens opacities were apparent in 41% of the study population and an increased prevalence was also associated with age (Leske et al., 1997), (Table 3). Mixed cataract was especially prevalent among black Barbadians, whereas cortical cataract was associated with diabetes, hypertension and central obesity (Leske et al., 1999). Diabetic retinopathy affected approximately a third of persons with diabetes, there being no clear age-specific trends, while 5.3% of the overall population had retinopathic changes (Leske et al., 1999). The prevalence of blindness and low vision based on World Health Organization criteria both increased with age, affecting over a third of those aged 80+. The overall prevalence of blindness was 1.7% among black study participants (2.5% and 1.0% among men and women respectively). Cataract and open angle glaucoma were the principal causes of blindness among bilaterally blind persons in 30% and 29% of cases respectively, both disorders occurring concomitantly in a further 4% of cases.

Chronic Disease

Data from the Barbados Eye Studies have also contributed significantly to our knowledge of diabetes, hypertension and cardiovascular disease. Table 4 presents data on the age and sex specific prevalence of hypertension and diabetes in the BES population. We now know from these population-based data that diabetes (principally type 2) affects 20% of black Barbadians, there being a higher disease burden among women compared to men and this also increases with age. Thus the sex specific prevalence among women and men aged 60-69 years is 28.8% and 23.3% respectively.

The overall prevalence of hypertension was similar among men and women aged 40 to 49 years. However, a gender disparity became evident with increased age, being most obvious among the oldest participants of whom 82% of females and 64% of males aged 70 years and older were hypertensive. This gender differential in the burden of chronic disease among older Barbadians is linked to obesity (both global and centrally distributed), and is also mirrored in a higher

prevalence of coronary heart disease among women compared to men affecting 5.7% and 3.5% respectively (Hennis et al., 1999).

Cardiovascular disease including cerebrovascular, ischaemic and hypertensive disease, now accounts for more than 25% of all deaths in the English-speaking Caribbean, and hypertension has emerged as a major determinant of ill health in the region (Holder and Lewis, 1997; Hennis, 1999b).

Data available from the Caribbean Epidemiology Centre highlight the importance of malignant disease in the elderly in the West Indies. Cancer of the digestive system is the dominant malignancy in both men and women. Cancer of the prostate ranks as the second leading cause of death due to malignancy in men while cancer of the reproductive organs, cervix uteri and breast, occupy this position among women (Eldemire, 1997).

There are limited data on problems such as falls among the elderly in Barbados. Peddi (personal communication) documented a rate of incident falls of 44 per 100 persons among patients residing at the main geriatric hospital on the island. Nurse (1986) reported that approximately 55% of elderly persons surveyed a decade ago suffered foot problems (including arthritis, bunions, calluses, long or ingrown toe-nails) which limited their mobility. Hearing problems were also reported by 6.2% of older respondents, whereas 46% and 26% of respondents respectively reported that all their teeth or most of their teeth were missing. This finding interestingly corroborates with the observation that approximately 50% of the elderly did not have access to dental services. About 80% of elderly respondents reported that they were able to perform the activities of daily living unassisted. The data on actual disability in the Caribbean still remains inadequate, although substantial efforts are being made in Jamaica (Eldemire, 1997).

Care Facilities for the Elderly in Barbados

Public Care

Primary care services including maternal and child health and acute and chronic illness clinics, are provided free at the point of delivery by a network of 8 government funded polyclinics and 3 outpatient clinics which effectively service the entire island. Additional services at these institutions include chiropody, nutrition counseling, physiotherapy and occupational therapy, as well as dental services. This system allows referral for specialist services to the Queen Elizabeth Hospital, a 600-bed facility which provides secondary and tertiary care, and is also a teaching hospital of the University of the West Indies. This hospital accounts for over 90% of the available acute care beds on the island.

Geriatric Institutions

In 1997, government maintained 764 or 60% of the country's stated complement of 1,274 geriatric beds. All elder patients requiring public funded care are admitted to the St. Michael Geriatric Hospital. The least acutely ill are then transferred to the four government district hospitals as beds become available. The combined occupancy rate at the Geriatric and district hospitals is high at 96.9%. Approximately 8.8% of the total health sector budget was allocated to

the Care of the Elderly in 1997/8 compared to 9.4% in 1996/97 and this was paralleled by a 1.4% drop in the budget to Bds \$18.3 million (Barbados Economic Report, 1997).

Services

A variety of social service programmes are also available for the elderly including home help, social welfare services, housing welfare and free public transportation. The Ministry of Labour, Community and Sports through its agencies, the National Assistance Board and the Welfare Department provides the majority of community based services. The National Assistance Board builds and repairs homes, donates necessary household items and coordinates home help services. Home help services allow elderly persons to receive domiciliary visits twice or thrice weekly by care providers who assist with household and other duties. The National Assistance Board also collaborates with the Extra-Mural Department of the University of the West Indies in training care-givers at two institutions, the Golden Rock Home and the Black Rock Hostel. The Day Activities Centres at these institutions generate craft with limited income generating potential as well as recreational activities.

The Welfare Department identifies elderly at risk in the community and ensures the provision of emergency shelter, clothing etc.. in times of disaster. Through the family services division, counseling is provided about care of the elderly, trust administration for those in the Geriatric Hospitals and services for elderly repatriated home or those without locally based relatives. The National Assistance section of this department has offices in each of the 11 parishes and manages a poverty alleviation programme which undertakes the burial of the indigent and also provides means-tested payments for beneficiaries aged 55 to 65, until they then become entitled to non-contributory pensions. This department also oversees the payment of light or electricity bills, rents, the provision of clothing, spectacles, dentures and hearing aids, as well as a subvention to the Salvation Army to provide meals on wheels.

The Rural Development Commission of the Ministry of Agriculture and the Urban Development Commission of the Ministry of Housing both assist with upgrading the state of wooden homes and providing modern toilet facilities. The work of these Commissions and the National Assistance Board has been facilitated by the Poverty Alleviation Fund. Assistance is now also being provided to elderly through the recently established Ministry of Social Transformation.

Private Care and Non-Governmental Organizations

Private medical care is readily available throughout the island from general practitioners and specialists. Of interest, Nurse (1986) noted that 53% of the elderly most frequently attended a private doctor when ill in contrast to 30% who sought help from a public institution. This finding is consistent with the frequently voiced but unproven view that payment for services implies a higher standard of care.

Many service organizations including the Lions, Kiwanis and Rotary clubs assist the elderly through special projects. The Soroptomists provide a rather unique community village which houses its elderly tenants in an environment which fosters a high degree of independence. The day activity centre is also accessible to non-tenants and encourages exercise, craft and board game activities.

The Barbados Association of Retired Persons was incorporated in October 1995 and now has a membership of over 3700. Acting on a mandate to improve the quality of life of older persons in the Barbadian society, this organization has achieved special concessions for members at a wide range of stores, service providers and health professionals in addition to its members benefiting from health insurance. It also successfully assisted the lobby to exempt foodstuffs from value added taxes and continues in its work to improve economic security and address health concerns for the elderly.

In spite of the availability to an extensive range of free services, in 1997, the Consultant at the Geriatric Hospital found over the course of a 3-month study, that 53 persons over the age of 60 years were found dead or incapacitated alone at home; half being found dead. This experience accords with the situation in the Accident and Emergency Department of the QEH, where approximately 2 elderly persons per week are sent to that department, and often remain for several weeks awaiting placement (Report of the Commission of Inquiry, 1998). Furthermore, approximately 20% of the general medical and surgical beds at the QEH accommodate elderly persons whose needs would be better served in a geriatric institution. This situation appears to be fuelled by some families recognizing that it is eminently possible for them to leave the care of their elderly relatives to public institutions while they continue to collect their pensions.

The Caribbean is a region which is undergoing a progressive demographic transition. A few countries including Barbados already have elderly populations which exceed 10% of their overall populations. Current projections indicate that most countries in the region will experience a doubling in the proportion of elderly during the next 25 years. This brings several issues to the fore. Social security regimes will be significantly affected as the number of those requiring state support rises even as the numbers of the active work force relatively decrease. Clearly corrective strategies would have to examine complex issues such as increasing contributions or raising the retirement age within the region. Women within the region live longer than men, and as evidenced by data presented, suffer disproportionately from the burden of chronic disease. Furthermore, women by virtue of their longevity are more likely to be deprived of companionship and to face economic hardship to a greater degree than men.

With reference to the experience in Barbados, a recent national consultation on health and aging noted that services for the elderly had not kept pace with the changing population demographics. Additionally, concerns were raised about the continued abandonment of the elderly and also the failure of society to appreciate the contributions of the elderly to society (Report on a National Consultation on Health and Aging, 1998). It was agreed that 'to achieve healthy aging, the development of healthy attitudes, behaviours and practices must start at an early age and continue throughout life.' Health promotion is clearly the way forward, with the objective of preventing future cohorts of elderly from developing preventable chronic disease and neoplasms through lifestyle modifications. Optimal use of already existing primary care facilities would be beneficial in developing community-based programmes to promote wellness among the elderly. Aspects such as day activity programmes would be an integral part of this conceptual framework. These community-based programmes would also encompass the identification of those with particular needs or 'at-risk' and have the ability to execute the appropriate responses. Continued training of primary care providers would have to be a component of this strategy. Close interaction with secondary care facilities would also be necessary and relevant services would

include outpatient services, inpatient facilities, long-term care facilities and terminal care facilities. While primary care facilities constitute the bedrock of care, secondary and tertiary care services are essential, as no one should be denied appropriate care on the basis of age. Appropriate and timely utilisation of these services is likely to reduce the likelihood of long-term disability among the elderly. While access to drugs is frequently a rate limiting step in many health care systems, Barbados has had the foresight to provide drugs for chronic conditions including diabetes and hypertension freely to all residents, while all drugs are free to citizens within the public health sector. However, the rapidly rising costs of drugs and health care is causing concern and health sector reforms will be necessary to provide cost-efficient services into the new millenium.

Any approach to health care for the elderly must be multidimensional and encompass social, economic, physical, mental and psychological parameters. It is indeed heartening to note that the first Caribbean Conference Forum on Health and Aging finally took place in 1998, and one hopes that this milestone augers well for the continued care of the elderly in our communities.

References

Annual Report of the Chief Medical Officer (Barbados), 1995

Brathwaithe F. The Elderly in Barbados. Caribbean Research and Publication Inc. (1987).

Eldemire D. Health of the Elderly. In: Health Conditions in the Caribbean. PAHO Scientific Publication No. 561. Pp 251-264. (1997).

Hennis A, Wu SY, Nemesure B, Li X, Leske MC and the Barbados Eye Study Group. Am J Hypertension 1999;12 (Part 2):91A.

Hennis A. Hypertension in the Caribbean (1999b - in press).

Holder Y, Lewis MJ. Epidemiological overview of morbidity and mortality. In: Health Conditions in the Caribbean. PAHO Scientific Publication No. 561. Pp 22-61. (1997).

Human Development Report 1999. Publ. Oxford University Press Inc.

Leske MC, Connell A, Wu SY, Hyman L, Schachat A and the Barbados Eye Study Group. Prevalence of lens opacities in the Barbados Eye Study. Arch Ophthalmol 1997;115:105-111.

Leske MC, Connell AMS, Schachat AP, Hyman L and the Barbados Eye Study Group. The Barbados Eye Study: Prevalence of open angle glaucoma. Arch Ophthalmol 1994;112:821-829.

Leske MC, Wu SY, Hennis A, Connell A, Hyman L, Schachat A and the Barbados Eye Study Group. Diabetes, hypertension, and central obesity as cataract risk factors in a black population – The Barbados Eye Study. Ophthalmology 1999;106:35-41.

- Leske MC, Wu SY, Hyman L, Li X, Hennis A, Connell A, Schachat A and the Barbados Eye Studies Group. Diabetic retinopathy in a black population: the Barbados Eye Study (in press).
- Nurse J. Epidemiological Survey of the Aged: Barbados. Volume 1: the Survey and the Findings and Volume 11: Appendices (Tables of the findings) (1986)
- Pan American Health Organization. Health Conditions in the Americas, 1994 Edition, Volume I. PAHO Scientific Publication No. 549.
- Pan American Health Organization. Health Conditions in the Americas, 1994 Edition. Volume 1. Washington D.C.: PAHO; 1994; 435 pp. (Scientific Publication No. 549)
- Pan American Health Organization. Health in the Americas, 1998 Edition, Volume II. PAHO Scientific Publication No. 569.
- Ramsey F. Protein-Energy Malnutrition in Barbados. Publ: Port City Press, Baltimore (1979).
- Report of the Advisory Commission of Inquiry into the Queen Elizabeth Hospital (1998).
- Townsend P. The structure of the family. In: Social Structure of the Family. New York: Prentice Hall (1968).
- United Nations, Population Division. World Population Prospects: the 1994 Revision. New York: UN (1995).
- US Bureau of the Census, 1998, International Database

Table 1. Aging in the English-speaking Caribbean: The Present and Future

Country	Population aged 60+		Percent aged 60+		Percent female of those aged 60+		Percent aged 75+	
	1998	2025	1998	2025	1998	2025	1998	2025
Anguilla	1,074	3,229	9.6	19.9	55.0	51.6	3.6	4.9
Antigua & Barbuda	4,560	13,938	7.1	21.3	58.3	53.0	2.1	2.3
Bahamas	22,785	65,265	8.1	17.7	56.9	56.1	2.2	4.6
Barbados	34,007	67,718	13.1	24.3	61.2	55.9	4.8	6.2
Dominica	8,106	12,771	12.3	19.1	58.3	53.0	4.4	5.3
Grenada	5,876	11,572	6.1	7.5	51.6	46.9	1.7	1.1
Guyana	47,133	95,957	6.6	13.5	53.8	59.7	1.7	3.1
Jamaica	240,747	502,256	9.1	15.0	54.9	55.4	2.8	3.8
St. Kitts & Nevis	3,351	6,525	7.9	10.9	58.9	56.4	3.2	1.5
St. Lucia	11,033	24,667	7.2	12.2	61.0	57.9	2.2	2.5
St. Vincent/Grenadines	9,106	22,186	7.6	14.7	58.3	53.4	2.4	3.0
Trinidad & Tobago	113,870	231,412	10.2	21.4	53.8	52.1	2.8	5.0
TOTAL	501,648	1,057,496						
AVERAGE			9.0	19.5	55.3	55.0	2.1	4.7

Source: US Bureau of the Census, 1998, International Database

Table 2. Socioeconomic Support among Caribbean Elderly

	Dependency Ratio (%) (1998)*	Percentage covered by Pension**			Single Marital Status** among those aged 60+		Percent Economically active among those aged 65+*	
		Male	Female	Total	Male	Female	Male	Female
Barbados	57.3	82.8	80.5	81.3	21.2	35.9	5.7	3.5
Guyana	60.8	65.7	49.9	55.8	22.1	26.5	NA	NA
Jamaica	40.7	34.0	25.9	29.5	24.6	34.8	NA	NA
Trinidad & Tobago	38.2	78.2	73.4	75.7	17.4	21.8	16.2	6.8

Sources: US Census Database, 1998*
Eldemire (1997)**

Table 3: Age-specific Percent Prevalence of OAG, Lens Opacities, Visual Impairment, and Diabetic Retinopathy in 4314 Black participants of the Barbados Eye Study

	Age Groups					
	40-49	50-59	60-69	70-79	80+	Total
I. <u>Open Angle Glaucoma</u>						
OAG	1.4	4.0	7.1	15.3	23.8	7.0
II. <u>Lens Opacities</u>						
PSC only	0.4	0.5	0.7	0.3	0.0	0.4
Nuclear only	0.2	2.0	7.7	15.7	11.8	5.6
Cortical only	3.9	19.4	35.7	31.5	18.0	20.6
Mixed	0.2	2.6	13.3	38.4	68.5	13.4
III. <u>Diabetic Retinopathy</u>²						
Among Persons with Diabetes	32.7	26.2	28.7	35.2	30.0	29.7
In the General Population	3.2	4.9	6.8	8.6	5.6	5.3
IV. <u>Visual Impairment</u>						
Low vision	0.3	1.8	4.9	15.8	27.6	5.9
Blindness	0.4	0.4	0.9	4.5	8.6	1.7

¹ Based on participants with gradable photographs in both eyes
² Based on participants with gradable photographs and with GHb data
 Low vision (6/120 ≤ VA < 6/18); VA – visual acuity
 Blindness (VA < 6/120)

Table 4. Prevalence of Hypertension and Diabetes among Black Participants in the Barbados Eye Study (n = 4307)

Age (years)	Hypertension			Diabetes		
	Male	Female	Overall	Male	Female	Overall
40-49	32.7	34.0	33.4	9.3	10.6	10.0
50-59	46.7	56.4	52.5	15.7	20.8	18.7
60-69	61.3	71.7	67.6	23.3	28.8	26.6
70+	64.2	81.7	74.0	20.4	28.2	24.7
Total	49.8	59.6	55.4	10.5	21.5	19.4

SESIÓN III

LA SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR: UN GRUPO VULNERABLE

III.1 THE CHALLENGES OF AGEING FOR CURRENT AND FUTURE SOCIETY

Gary R. Andrews¹

The Issues

The prospects for individual and population ageing as we enter a new century pose some of the greatest social, economic and humanitarian challenges humankind as a whole has ever faced.

The total numbers and proportion in the population of older persons is increasing worldwide on an unprecedented scale and at a phenomenal rate (1). In 1950, the number of persons aged 60 years or over was around 204 million. In 1998, this number was 579 million and by 2050, it is projected to grow to 1.9 billion, at which time, it will be as large as the population of children (0-14 years). This historic cross-over of increasing share of older persons and declining share of children will mark the first time that the numbers of children and of older persons are the same.

Between 1950 and 2000, the world population will have increased overall by 141 per cent. However, during the same period, the population of those 65 and over increased 218 per cent, and the population of those aged 80 and over increased 386 per cent. Between 2000 and 2050, the world population could increase by 54 per cent, according to the medium variant of population projections prepared by the UN Population Division, and by 241 and 380 per cent, respectively, for the over 65- and over 80-year-olds.

Some other highlights of the phenomenon of population ageing are:

- Global life expectancy at birth has increased by 19 years since 1950.
- One in every 10 persons is now aged 60 years and older; by 2050 this figure is expected to be 1 in 5 for the world as a whole and 1 in 3 for the developed world.
- The number of centenarians (aged 100 years and older) is projected to increase 15-fold, from approximately 145,000 in 1999 to 2.2 million people by 2050.
- Between 1999 and 2050 the older-person support ratio (the number of persons aged 15 to 64 years per older person aged 65 years or older) will decline by more than one half in more developed regions and by an even greater fraction in less developed regions

These and other dramatic demographic shifts are taking place at a time when many other profound changes are occurring worldwide.

Population ageing is likely to have wide-ranging economic and social consequences through such factors as economic growth, savings and investment, labour supply and pension schemes,

¹ President, International Association of Gerontology, Senior Consultant, United Nations Population Fund (UNFPA).

health and long-term care, taxation, family composition and living arrangements. Moreover, these consequences have differential impacts on men and women. For example, among European Union countries, 15 per cent of males over age 60 live alone, compared with 39 per cent of women in the same age group. At the same time, the elderly population will be more educated than in the past and will have experienced better nutritional and health conditions in life, which may lead to improved health, socio-economic status and quality of life in older ages.

While once only limited to developed countries, concerns regarding the consequences of ageing have spread to many developing countries, which have experienced relatively rapid fertility declines.(2) In 1970, the people in **less developed regions** already comprised about 73 percent of the world's total population and this share had risen to about 79 percent in 1995, and can be expected to reach about 84 percent by 2020. Consequently, irrespective of the proportional age distribution *within* regions, the less developed regions have more children, more adults of working age and more older persons than the more developed regions by a wide margin and the share of all groups will continue to increase. Specifically, in 1995, the less developed regions had 87 percent of the children, 78 percent of those of working age, and 61 percent of the elderly. By 2020, this share is expected to increase to 89 percent, 85 percent and 70 percent respectively, with major implications for the provision of education, productive work and support of the aged, in addition to such basic needs as food, clothing and housing.

The Implications

It as been pointed out many time now that population ageing is unquestionably an indicator of economic and social progress. The achievement of a majority expectation of reaching old age and in most places in the world a significant reduction in population growth as a result of fertility declines are among the greatest achievements of this past century. Yet much continues to be made of the impending 'Aged Crisis' in the media and elsewhere. Words such as 'dire', 'burden' and unsustainable' are commonly used to create an impression that an ageing population represents a potentially unmanageable threat to societies overall well being. Such dramatization of the issues gives a falsely pessimistic picture of the future.

Economic Consequences

Older person support ratio (number of persons aged 15 to 64 years per older person aged 65 years or older) indicates the dependency burden on potential workers. The ration is falling in both developed and developing regions. Between 1999 and 2050, the support ratio will decline by more than one half in more developed regions and by an even greater fraction in the less developed regions. Support ratios have important implications for social security schemes, particularly traditional pay as you go systems, in which current workers pay for the benefits of current retirees.

Schutz (3) has pointed out that the literature on economics of ageing is dominated by a number of dire prediction such as:

- Each future worker will have to support too many retired people.

- Unless abolished or radically changed, Social Security programs will go bankrupt and will not be there when younger workers retire.
- There is a real danger that government budgets in many countries will, in their entirety, ultimately have to go to pay for old age entitlements.
- The typical older person today is being supported luxuriously at the expense of his/her children.
- Population ageing will destroy the global competitiveness of industrialized nations, perpetuating the curse of low growth and a shrinking economic pie.

Dependency ratios represent an attempt to measure the number of persons in the society not engaged in producing economic output relative to those in the labor force who are. The *aged* dependency ratio measures the relationship between persons over age 60 or 65 (not as likely to be in paid employment) and those persons in the age groups more likely to pay Social Security taxes based on their labor force participation.

As demographers know, the truth is that aged dependency ratios are one-sided and very misleading. In almost all industrial countries of the world, the total dependency ratio (i.e., measuring both young and old) *is actually quite low*, much lower than in the past and much lower than the ratios in developing nations today.

A better measure to use is one using ratios that take into account who is actually in the labor force at all ages. Projection of the labor force dependency ratio (the ratio of workers in the formal labor force to non-workers) for the United States indicates, for example, that the ratio is expected to decline until around the year 2010 and after that *will increase but not surpass the high levels reached around 1960*. When we look at people working and not working *in all age groups* (children, youths, middle-aged, and aged), increases in the numbers of aged not working are to a large extent counterbalanced by declines in the other age groups.

Health Consequences

These world-wide demographic changes are, and will continue to be, accompanied by wide ranging changes in patterns of morbidity and mortality sometimes referred to as the epidemiological transition. These trends have been very well described by Davies (4) as outlined below. In the developing world, deaths during the past twenty years due to circulatory diseases have increased from 16% to 25% of all causes and this trend will doubtless continue for the next several decades. In the developed countries the epidemic of cardiac deaths is on the wane and circulatory diseases accounted for 45% of all deaths in 1997, down from 52% in 1985 (5). While cancers remain as a cause of 21% of deaths in the developed world, there are strong indications that they will become the leading causes in the next century in the oldest countries (6). All scenarios for change computed by Murray and Lopez (7) for the years up to 2020 predict a substantial shift in mortality to older ages in every region due to a decline in the burdens of communicable diseases, maternal, perinatal and nutritional causes of death. In nearly all regions there will be increases in cardiovascular diseases, cancers, pulmonary and

other chronic diseases, and accidents, as causes of death, the rate of shift being slowest in Sub-Saharan Africa.

With the very rapid growth of those over 80, there is an increase in dementia which, in developed countries, can affect 40% of those at 80-84. The prevalence increases even more at higher ages but seems to level off at 95 (8).

Consequences for Less developed Countries

Two thirds of the world's elderly in the year 2025 will live in countries in various stages of underdevelopment, the majority very poor. The main underlying cause of all ill health in most of these countries, poverty will be relieved only very slowly and the reports of international agencies paint a grim picture for the foreseeable future (9).

Over the long run, however, there is some room for optimism as the process of globalization expands. This, the consequence of enhanced communications, trade, technological advances and human mobility is already beginning to have an impact on economic and social development in many countries and to some effect should affect even the least developed nations. It is likely however, if history is any guide, that the ensuing rapid change and adjustment, particularly (but not only) in countries with much illiteracy and few resources, will bring social disintegration, unemployment and for some, intensified poverty. But there will be increased prosperity for some and the healthier and better fed sub-populations will live longer and demand more attention and better care. Present trends indicate that the gaps between rich and poor will widen both within countries and between countries and will be a permanent feature of rapidly changing economies (9).

The Response

Ageing as a developmental issue

Population and individual ageing impact all spheres of societal structure and function. Ageing is universal. It is, thus, one of the most prominent characteristics of our time. Along with the information explosion, globalization, and technological advancement, ageing appears to be an essential component of global change and development.

...We are in the midst of a silent revolution that extends well beyond demographics, with major economic, social, cultural, psychological and spiritual implications, noted the UN Secretary-General at the launching of the Year on October 1, 1998.

Revolutionary changes in society call for new, revolutionary thinking and innovative solutions. Such new thinking implies seeing ageing as a lifelong and society-wide phenomenon -- not just a phenomenon pertaining to older persons.

Innovative solutions should be guided by a long-term strategy on ageing for the next century. It should include an age-group and sectorally integrated (holistic) approach based on the concept of society for all ages. It may be elaborated from many perspectives.

Improvement of the situation of older persons -- often an emergency situation -- will remain a paramount task for the future strategy. New approaches are required here: approaches that would integrate ageing issues instead of separating them out and thus risking isolating and marginalizing older persons.

Essentially it will become increasingly important to find ways of capitalizing upon the increasing numbers and proportion of older persons as a positive resource and asset to society not a burden. The maturation of society must be re-appraised to evaluate the contribution of older persons to developmental goals.

The conceptualization of 'A Society for All Ages'

The International Year of Older Persons was officially launched on 1 October 1998 and will continue to the end of the 1999 calendar year. An extensive range of activities across the world has contributed to raising awareness of the issues associated with ageing and in drawing attention to the need for a more imaginative, proactive and forward thinking on ageing and in the responses of society to ageing and its consequences. (See the website at www.un.org/esa/socdev/iyop). Local, national, regional and international initiatives have been launched encompassing raising awareness, looking ahead, reaching out and networking. Beyond festivities the Year provides a unique opportunity to address challenges of ageing and to identify sound policy opportunities. This meeting constitutes an important high point in such efforts of the UN. Four facets were proposed at the outset for debate and action during the Year.

The first facet, the '**situation of older persons**' provides a link back to areas of primary concern expressed in the International Plan of Action on Ageing (1982) including health and nutrition, housing and the environment, the family, social welfare, income security and employment. The International Year has facilitated the revisiting of these issues in terms of the recommendations of the Plan of Action itself and the subsequently developed global targets on ageing for the year 2001. These considerations should facilitate practical actions supporting the inter-dependence, participation, care, self-fulfillment and dignity of older persons as outlined in the United Nations Principles for Older Persons. Indeed the International Plan of Action on Ageing notes "...the transition to a positive, active and developmentally oriented view of ageing may well result from action by elderly people themselves, through the sheer force of their growing numbers and influence. The collective consciousness of being elderly, as a socially unifying concept, can in that way be a positive factor".

The second facet '**life-long individual development**' recognizes that in a world where more and more individuals can expect to live to 90 years or more in an environment that is continually changing, individuals need particular life skills: foresight, self-reliance, inter-dependence, flexibility and ingenuity. They need an enabling environment fostering lifelong education, skills-upgrading, and healthy lifestyles. Many need mid-life supports for making transition into old age, a time for fulfilling individual aspirations and for adjusting family life, careers and lifestyles.

The third facet highlights **‘multigenerational relationships’** noting that the demographic, socio-economic and cultural revolutions affecting societies also affect relationships between generations – between children, parents, grandparents and between workers and retirees. Thus, relationships in both family and society are affected. Multi-generational encounters are often made more difficult by the proliferation of age-based and segregated institutions such as kindergartens, schools, adult work places, and retirement settlements as well as the phenomenon of urban/rural migration that often leaves elders to remain in rural villages. As more individuals live into very old age, two needs arise to the fore: income security and care. In traditional societies, family and community provided both. As societies modernize (and their populations age), these responsibilities come to be shared by the society at large, through inter-generational transfers between working and retired populations, often facilitated by insurance and savings elders accumulated in their earlier years.

The final facet of **‘development and ageing of populations’** poses the challenge of reconciling population ageing with other major trends such as technological advances and globalization which would enhance socio-economic development. This requires multi-sectoral adjustments including in employment, income security, social welfare, health care and education as well as investment, consumption and savings patterns. One of the principal directions for such adjustment is ensuring that older persons have opportunities to participate and contribute as well as to receive care when needed. Another objective is to establish an age-integrated society, one that fosters reciprocity and equity between generations even as it encourages lifelong development and self-reliance on the part of individuals.

The situation of older persons and the relationship between ageing and development remain important issues and deserve continuing and intensive attention and action. Indeed they have been identified as two of the four facets for exploration and debate during the Year. The conceptual framework, accepted by the UN General Assembly for preparation and observance of the Year and which the Member States were invited to adapt to national conditions, proposed a move towards more fundamental consideration of human ageing. More weight is given to lifelong individual development and multigenerational relationships. Ageing in this conceptualization is removed from its separate compartmentalized place in our thinking and is encompassed in a broader consideration of the experience of life as a whole. In this conceptualization the consideration of numbers and proportion of older persons at any point in time remains an important issue but ceases to be the primary focus of our concern.

Ageing becomes an issue that is relevant throughout the whole life span. Age related interactions between individuals of different ages, age cohorts at various stages and between individuals and their families, communities and wider society become the areas of focus for policy considerations. This then leads into a consideration of the adopted theme for the International Year of Older Persons - 'a society of all ages'.

A society for all ages had its genesis in the notion of a society for all. A society for all is one that adjusts its structures and functioning, as well as policies and plans, to the needs and capabilities of all, thereby releasing the potential of all, for the benefit of all.

A society for all ages then acknowledges passage throughout life and the existence of phases in individual life that at any point in time tend to be characterized as age groups. In these time related processes there is a continuing transition from one stage to the next and interaction between individuals and various age groups on a continuous basis. As individuals change over time so does society at all levels, family, neighborhood, extended community, nation and global. Individual life is influenced to a great extent by events and the time of life in which they are experienced. Attitudes, aspirations and capabilities of successive cohorts of any population will be shaped to some extent by the impact of major historical events including war and famine and by opportunities for education, work, information and travel and so on.

The Secretary-General in his statement at the launching of the Year at UN Headquarters summarized the initial stage of exploration of a society for all ages. He described a society for all ages as *one that sees older persons as both agents and beneficiaries of development. Such a society, he added, is multigenerational. It is not fragmented, with youths, adults and older persons going their separate ways. Rather, it is age-inclusive, with different generations recognizing – and acting upon -- their commonality of interest.*

To raise awareness about the theme and objective of the Year, numerous activities have been conducted at local, national, regional and international levels. They have included information campaigns, conferences, radio and television debates, art and photographic exhibits, Internet pages, walks, concerts and fairs.

Besides raising awareness about the society for all ages, observances of the Year have also been focusing on three additional directions, namely: looking ahead, beyond 1999; reaching out to non-traditional players; and networking for research and information exchange.

Looking ahead, beyond 1999, envisages the review of "traditional" approaches towards individual and population ageing, as well as initiation of long-term policies aimed at achieving the society for all ages. The long-term implications of ageing are being addressed through legislation, programmes, demographic projections and futuristic scenarios.

The need for policies

Governments are faced with the responsibility of ensuring the wellbeing and health of all citizens. This responsibility transcends any considerations of gender, social class, and age group, ethnicity or any other individual or group characteristic. Similarly many of the conventional age related policies and practices in different societies have tended to remain intact in spite of extraordinary changes in demography, individual life expectation, family structure, technology and communication. Policies for an ageing society need to focus upon investment in added years of life not simply additional provision of care and support.

In a world faced by what has been described as the 'demographic revolution' significant challenges are presented to governments to introduce policies capable of effectively responding to the needs, expectations, rights and obligations of societies that will be structured very differently from the present.

The key broad policy areas that will present challenges include:

- The need for lifelong education
- The promotion of healthy ageing
- The need to introduce flexibility of labour policies including work and retirement patterns
- The need for improved 'age friendly' built environment
- The need for investment in civil society, and
- The requirement for creative approaches to ensuring appropriate social services and welfare provision.

Beyond these specific arenas of government policy there is a need to examine the role of government in providing a supportive framework for responsible media, improved attitudes and perceptions of ageing, more informed public debate and in facilitating positive action by non-governmental agencies and communities.

In this century, life expectancy has gone from below 50 to over 80 in many countries. This new abundance of life impels us to recognize that ageing is a process which starts at birth and takes place in complex interaction between individuals and multiple social contexts. Across the course of life, maturation and ageing are shaped by giving and receiving in family and kin groups, communities and the wider society.. Older people are contributors and beneficiaries in their communities and perhaps the world's only increasing natural resource. Developing the world's new abundance of life in the next century will require not only income security and health care but also opportunities for elders to participate in meaningful ways in shaping their societies.

Future prospects

During the International Year of Older Persons here are many actions, projects and activities to be undertaken at all levels in pursuit of the goals and objectives expressed for the Year. I want to conclude with specific reference to just two very important ones.

1. The Development of a Research Agenda for the 21st Century.

This project will extend over a three year period beginning with the formulation of an initial research agenda framework developed by an expert consultative group that met early in 1999. The expert consultative meeting identified key arenas for research necessary to guide future policy directions and further identify organisations, agencies and individuals who can pursue in depth consideration of each of the areas of priority. Another expert consultation will take

these issues further at a meeting in New York in November this year. The results of the initial consultations and the further development of key areas will be widely disseminated for further debate and consideration before the final formulation of the agenda will be undertaken by a second expert consultation early in 2001 for the ultimate consideration and endorsement of the General Assembly and formal transmission to member states for consideration and action. The production of the Agenda for Research is intended to focus attention, facilitate debate and consideration and fire the imagination and finally gain the commitment of governments, international agencies, research foundations and researchers themselves to examine the critical questions on ageing and its implications that are identified during the process.

2. The Development of a Policy Framework for a Society for All Ages is the second activity I want to mention. This will also be initiated with an inter-regional expert group meeting that took place in Seoul, Republic of Korea in June this year. The intention is to provide guidelines to national governments in the development of appropriate policy responses to populations ageing into the next century.

This exercise is aimed at adding substance to the rhetoric; at proposing action in response to reflection and to provide guidance to nations everywhere and the international community in general in the formulation of sound and practical responses to the multifaceted and complex challenges posed by the profound shifts in the demographic profiles of all nations.

None of this can be achieved in a vacuum. Profound changes in the social, economic, environmental and political landscapes will occur at the same time and must be taken into consideration in reviewing our future scenarios. Future shock is already upon us and the rate of change will continue to accelerate. Our responses must be solutions designed for tomorrow not just reactions to yesterday's problems.

Finally I challenge all of us involved in ageing to critically examine our own precepts, motivations and directions and not just to assume that we have all of the answers. 1999 and beyond should provide an opportunity for new and creative approaches, better understanding and more informed responses to all of the issues associated with ageing.

I close with a quote from Susanne and James Paul in their excellent book, *Humanity Comes of Age*:

The future need not be a cruel struggle [between young and old] for limited resources as pessimists predict. Greater human dignity and social development are attainable in the years ahead, especially if all can contribute to the process. But that transition will not be easy or automatic. Great population shifts will require new approaches to employment, housing, health care, income support and social services. We need to consider how decent lives can be constructed with and for older persons under these new conditions, especially in the poorest countries where resources will be scarcest. Long life must be re-invented to overcome illness, poverty, powerlessness, loneliness and isolation, to become an affirmation of human experience [p.xiii].

References

1. POPULATION DIVISION OF THE DEPARTMENT OF ECONOMIC AND SOCIAL AFFAIRS OF THE UN SECRETARIAT. Population Prospects: the 1998 Revision. United Nations (1999)
2. TECHNICAL AND POLICY DIVISION UNITED NATIONS POPULATION FUND (UNFPA) Population Ageing Improving the Lives of Older Persons – Report of the ICPD+5 Technical Meeting on Population Ageing Brussels, 6-9 October 1998. UNFPA (1998)
3. SCHULZ , J. H. Population ageing: economic growth, and generational transfers (labor, productivity and saving issues)
4. DAVIES, M. A. Paper one: Ageing and Health in the 21st Century - An Overview. WHO, Symposium "Ageing and Health: A Global Challenge for the 21st Century" held at Kobe, Japan, 10-13 November 1998
5. WORLD HEALTH ORGANIZATION. World Health Report 1998. Geneva, WHO (1998).
6. DAVIS, D.L., DINSE, G.E. & HOEL, D.G. Decreasing cardiovascular disease and increasing cancer among whites in the United States from 1973 through 1987. Journal of the American medical association, 271: 431-437 (1994).
7. MURRAY, C.J.L. & LOPEZ, A.D. (EDS). The global burden of disease Vol. 1: Chapter 4. Boston, Harvard School of Public Health, 1996.
8. RITCHIE, K. & KILDEA, D. Is senile dementia "age related" or "ageing related"?-evidence from meta analysis of dementia prevalence in the oldest old. Lancet, 346: 931-4 (1995).
9. UNITED NATIONS. Report of the world summit for social development. Copenhagen, Document A/CONF. 166/9, 6-12 March 1995.
10. SUSANNE S. PAUL AND JAMES A. PAUL. *Humanity Comes of Age*. (Geneva: World Council of Churches Publications, 1994).

III.2 GENDER-BASED INEQUALITIES: THE GREATER VULNERABILITY OF OLDER WOMEN

Jöelle Barbot-Coldevin¹

INTRODUCTION

The ageing of human populations has emerged as one of the most significant demographic processes of the late twentieth century and of the decades to come. “More young people than ever are entering their childbearing and working years. At the same time, the number and proportion of people over age 65 are increasing at an unprecedented rate. Our future will be shaped by how well families and societies meet the needs of these growing “new generations”: education and health for the young, and social medical and financial support for the elderly.” (UNFPA, 1998).

In 1982, the World Assembly on Ageing adopted the Vienna International Plan of Action on Ageing. The plan outlined the challenges and opportunities for development posed by increasing numbers and proportions of older people. Among the recommendations was the need to support the empowerment of women through improvements in health care, nutrition, social participation, economic security and housing.

The 1994 International Conference on Population and Development (ICPD) Programme of Action makes provisions, among others, for the development of “old age economic and social security systems that ensure equity and solidarity between and within generations, paying special attention to women’s needs”. The Platform for Action of the Fourth World Conference on Women (Beijing, 1995) amplified these recommendations, emphasizing the conditions of older women living in poverty (paragraphs 52, 58 and 101).

The United Nations Populations Fund (UNFPA) participates actively in the promotion of strategies designed to meet UN commitments towards the elderly, particularly with regards to the empowerment of women and the achievement of gender equality. Women play a central role in the development of their societies, yet continue to be over-represented among the poor and face challenges in the full exercise of their citizenship and human rights in all countries; older populations in most parts of the world are predominantly female who live in a state of vulnerability.

The purpose of this paper is to highlight some of the gender issues which need to be addressed in order to ensure that elderly women will be treated fairly and will be able to live in dignity and security.

¹ Advisor in Gender, Population and Development Strategies, CST-UNFPA (e-mail: joelle.barbot@eat.org.mx).

GENDER-BASED DIFFERENCES AND THE FEMINIZATION OF POVERTY IN THE AMERICAS

The status of women in Latin America and the Caribbean has undergone a transformation of unprecedented proportions in recent decades. Women's growing presence in education and the labour force, the legal reaffirmation of their citizenship based on their right to vote, and the mounting social acceptance of women in politics and public affairs are all changes whose importance goes beyond their economic and social significance and which have begun to be manifested in changes in cultural behaviour patterns. The increase in life expectancy – which has given women what nearly amounts to a whole new life following the stage of childbearing and child-rearing – and the broader dissemination of birth control methods have provided Latin American and Caribbean women with new life choices and opportunities for exercising their rights within what is perhaps a broader context than in other periods (CELADE, 1992).

The Latin American and Caribbean region is an extremely heterogenous region which exhibits striking country-to-country and within-country differences that influence the status of women and the pace of change. Unfortunately, despite the promising advances made by women in the region, most indicators of quality of life point to the subordinate position of women in Latin American and Caribbean societies, and to the discrimination they face in accessing services and exercising their full rights. Among others, women are still treated unequally in the formal labour market, receive less pay for work of equal value, are predominantly in the informal labour market which offers little security and low wages, are subject to violence against their persons at home and in the public sphere, and have unequal access to social security systems. No society in the region can yet pride itself in treating its women as well as it treats its men.

The existence of social and economic inequalities also means that in many countries women have difficulty in acquiring the basic necessities for a healthy life. "Cultural devaluation" is also important, though it is difficult to measure or even to define. Because they belong to a group that is seen by society to be less worthwhile, many women find it difficult to develop positive self-images and mental health. This process begins in childhood, with girls in many cultures being less valued than boys, and continues into later life, where "caring work" is given lower status and less rewards. ICPD + 5 highlighted the importance of paying attention to women's health issues throughout her life-cycle, including provisions to ensure that women who have passed the reproductive age have equal access to health services. Much remains to be done to make this a reality in the region.

The breadth and depth, and even the existence of the phenomenon known as "feminization of poverty" is an issue which has elicited much debate over the past decade. According to Marcoux (1997), part of the problem lies in the fact that good observations are scarce and solid statistical information on the reality of gender bias in poverty is lacking. Although the author agrees that there is a need to improve data collection and analysis, it is not within the scope of this paper to debate the feminization of poverty, but rather to point out that most researchers agree that there is a significant overrepresentation of women in the poorest sectors of the population, whether they be rural or urban-based.

The phenomena of female headed households (FHHs) and its linkages to poverty levels has received much attention over the past decade. The number of female headed households (FHH) increased significantly in the Americas in the eighties, and the trend continues in the nineties. The increase has occurred in a context of significant demographic changes which included reductions in overall fertility rates and in the average size of households. This increase is not reflected in most census and household surveys because there is often an under-registration of women-headed households, particularly when the male partner lives on the premises.

In the majority of the countries in the region, at least one in every five household is headed by a woman; in the Caribbean, some estimates go as high as 50% of all households. An increase in the number of single-parent families has significantly contributed to female-headship, especially households headed by young women, elderly women, and those composed of a single person, due to the ageing of the population and to women's longevity.

Data gathered from household surveys in the region also show that FHHs are more economically vulnerable than those headed by males. Research conducted in 1995 by CEPAL in the region showed that poverty was more acute in FHHs in 7 out of 11 countries investigated.

Female headed households have been the focus of social policies aimed at reducing the levels of extreme poverty in the region. In addition to the quantitative nature of the problem, attention also needs to be paid to qualitative issues which are central to female headship, for example, issues pertaining to power relations and the organization and distribution of work and resources within the household, women's excessive workload particularly as they combine productive and reproductive tasks and the physical and mental consequences of the above. Women spend a higher proportion of their income or revenue on the welfare of other family members than men, and therefore have less money left for savings, which affects their income in old age. Policy makers should also be aware that a significant number of these households are headed by elderly women and require additional support.

In most parts of the world there has been an impressive increase in the number of elderly people living in urban areas. Combined with a parallel increase in their relative weight in the total number of elderly results in the fact that, insofar as the elderly receive attention in developing countries, there is a danger that efforts to answer their needs would be directed mostly to the urban elderly. Decision makers need to be attentive to the relative vulnerability of the rural elderly, and to their needs for pensions, health insurance and social security.

In Latin America, as compared to countries in Africa and Asia, the sex ratio in rural areas is in favour of men. As is well known, sex differences in mortality normally increase the female sex ratio with increasing age, unless migration is on a sufficient scale to modify the results, as in Latin America. In spite of this unique situation, the rights and welfare of older women in rural parts of Latin America where high rates of poverty are registered, need to be looked at critically, particularly with regards to land property or tenure.

It is difficult to obtain qualitative and quantitative sex-disaggregated information in mainstream research in general, and in particular with regards to elderly women. Gender-

sensitive information is overwhelmingly found in publications which focus on gender issues. The review of documentation undertaken to produce this article underscores, once again, the need for all social science researchers to collect, analyse and disseminate information which is gender sensitive and sex disaggregated. A discussion of gender roles and relations and their impact on gender equality and the advancement of women would be most welcome. A wealth of information is available on both poverty and ageing, but most of it fails to include an analysis of gender-based differences and of their implications. This affects our ability to understand the depth of the problem and to design policies, strategies and actions which are sensitive to the needs of older women and men.

LINKAGES BETWEEN GENDER AND AGEING

As we age, we are influenced by the societal, cultural, economic and political context prevailing at different times in our life course. We are also profoundly influenced by our gender and by shifts in gender relations over the life course. Social norms and attitudes extant in our formative years continue to influence behaviour and attitudes throughout the life-cycle. Thus, the vulnerability experienced by elderly women has its genesis in the unequal conditions in which they have lived for most of their lives.

Although in recent years the school enrollment rate of women in the Americas has equalled, and in some cases surpassed, that of men at all levels of the educational systems in all countries in the region, the situation was very different sixty or even forty years ago, when women who are now elderly were of school age. Lower levels of urbanization and culturally entrenched gender-based discrimination resulted in unequal access of girls to the school system. This explains why women over 60 register lower levels of education than men in the same age group, a situation which is even more pronounced among the poor and especially among indigenous populations.

In addition, women married and had children at a younger age (important factors in the reproduction of poverty), and dedicated most of their time to reproductive activities as opposed to activities which could generate income. Thus, contrary to men, women are less able to count on income when they are elderly and their children have left home. Although the breadwinning role, in terms of wage-earning, ends with retirement, husbands' pension income in most countries is much higher than women's, which contributes to perpetuating men's relative power in marriage into later life.

Due to their work history, women participate less in social security schemes and their access is usually through their husbands. Since women live longer than men, especially in the 75 + age group, there are many more widows than widowers. Linking this to pension schemes, and to elderly women's poverty levels, widows usually receive a fraction of what their husbands received, which is insufficient to cover basic necessities, one of the reasons why most women become poorer when widowed.

Moreover, although women's life expectancy is over five years longer than men's, the gender gap in expectation of disability-free years (active life expectancy) is much narrower. This gender difference in physiological ageing, coupled with the age differential in marriage, means

that women are not only more likely to be widowed than men, but are also more reliant on wider kin networks and the state for assistance (Arber and Ginn, 1995). On the positive side, the next generation of older people who grew up in the 1960's and 1970's (mainly those living in urban centers) will have been exposed to shifting employment experiences and gender role expectations. The challenge will be for society to meet these experiences and expectations in a manner which is equitable and empowering.

The social meaning of age is profoundly gendered. The double standard of ageing, in which, among others, women but not men are expected to retain a youthful appearance, warding off the signs of ageing for as long as possible, is widely recognized. In most societies, gendered ageism by employers affects women's opportunities for employment and promotion, a practice which increasingly hampers women's efforts to find and keep a job in the formal labour market after age 55 (Arber and Ginn, 1995).

The connectedness of gender and ageing stems both from social change over time and from age-related life course events. Yet ageing and gender have not been integrated in sociological thought and have rarely been researched in terms of their combined influence. This has limited our capacity to design and implement appropriate policies and strategies. At the macro level, we need to understand how age and gender are related to the distribution of power, privilege and well-being in society; and at the micro level, how age and gender contribute to identity, values, social networks and political and other affiliations.

The ageing of societies is stimulating increasing interest in later life, but the danger is that age, like gender, will be subject to the "add and stir" approach, in which age and gender are merely treated as separate and additive variables in analysis. Such an approach, because it tends to be insensitive to interactive processes and to ignore bias in the production of knowledge, is likely to oversimplify. Structured inequality in later life does not develop independently of women's earlier disadvantage in the labour market and to their unequal access and control over resources.

Cross-cultural studies on ageing underscore the fact that gender ascribed roles for each sex vary through the life cycle and the status of elderly men and women can be different from that ascribed at younger ages. In some cases, it can mean that that women acquire value for their knowledge and wisdom, and in others, it allows men to take on more nurturing roles. For instance, in rural areas in Latin America, older women are valued, perhaps because they continue to work the land; in the Amazon region of Brazil and amongst the indigenous populations in Oaxaca, Mexico, elderly female healers are venerated (Vivaldi, 96).

On the other hand, studies in a multicultural city in England showed that while elderly men are willing to take on the nurturing role when their spouses are ailing, they saw themselves as "Mr. Wonderful" and were admired for their competence by all concerned, whereas women who undertook the same "heroic" tasks saw themselves, as did those around them, as fulfilling an mandatory role, thus giving little social esteem to the care work of older women (Rose and Bruce, 1995).

Hence, although ageing presents the opportunity to change stereotypical gender roles and relations which are overall detrimental to women, a better understanding of how these

gendered roles and relationships develop and shift over time, under what conditions, and within given cultural contexts would enhance our ability to respond to and support these changes while enhancing women's empowerment. Some of the questions that should be answered include: How are the roles and obligations of ageing spouses and eventually deceased husband redistributed in the household or family and where does this leave the widow? What happens to issues such as land property or tenure and to other assets? How does ageing represent liberation from rigid gender role expectations and an opportunity for women to be independent and self-determining, and for men to take on new roles and ways of relating to others?

In a region as culturally diverse as the Americas, with its attendant differential treatment of various groups, it is important that in addition to strengthening our understanding of the connections between gender and ageing, we also analyse the interactions of gender, age and other bases of social differentiation, such as class, race and ethnicity.

ROLE OF GOVERNMENT AND CIVIL SOCIETY IN PROMOTING THE RIGHTS OF ELDERLY WOMEN

Developing countries generally advocate a three-fold approach to income security for older persons: support for their family and community structures; priority to rural development so as to stem the out-migration of youth; and opportunities for older persons to have a means of livelihood, including through participation in cooperative, micro- or family enterprises and through access to training and credit.

All of the above strategies can have an important impact on older women's ability to provide for themselves in a dignified manner. Whilst income generating activities have enabled women to achieve a certain measure of independence and to support their families, as highlighted by several researchers, income generating and micro-credit schemes are not a panacea in themselves. Special measures may be required (e.g. provision of training, control over profits, access to savings) to ensure that the elderly's income-generating activities are profitable and sustainable, and contribute to women's empowerment.

As mentioned earlier, special attention needs to be paid by governments and the private sector to elderly women's access to pension plans and to social security.

Older persons have wide experience and wisdom to share with youth and others, and they should be encouraged to educate society through community programs. Older persons can be the source of support in assisting and guiding the young in times of rapid socioeconomic change, and women should be especially encouraged to assume leadership in this role.

To adopt an approach which effectively allows the elderly to continue to participate in society, collaboration among governments, NGOs and the private sector must be strengthened. NGOs can play an important role in providing training for caregivers and should act as catalysts in networking with governments and other agencies in making the voice of older persons heard in policy making decisions. The media must play its part in this and promote positive images of the elderly to change the attitudes of ageism and negative stereotyping.

CONCLUSION

As the end of the International year of Older Persons is nearing, it is time for us to reflect on the lessons learned and continue to develop innovative strategies to support humanity's coming of age and the promise it holds for maturing attitudes and capabilities in social, economic, cultural and spiritual undertakings. That promise cannot be fulfilled if gender-based inequalities continue to curtail women's capacity to exercise their full human rights and live a life of dignity, particularly in older age.

We have made great strides in adding years to life – now the challenge is to ensure that quality of life is also added to those years, particularly with regards to elderly women. As discussed in this article, strategies to support women's quality of life could include:

- Enhancing our understanding of how gender roles and relations change over time and how those changes can support and promote elderly women's empowerment;
- Educating and working with men throughout their lifecycle to adjust to changing gender roles and support women's empowerment;
- Ensuring that research and data collection which informs the development of policies and decision-making (censuses, surveys and socio-cultural studies) are sex-disaggregated, gender-sensitive and make the connections with age, class and ethnicity;
- Ensuring that health research and practice take full account of the needs of both elderly women and men;
- Addressing, through policy, practice and research, elderly women's needs for sustainable income and social security;
- Increasing collaboration among governments, non-governmental organizations and the private sector to allow older persons to participate and continue to be integrated in society;
- Ensuring that the population at large is educated on the rights of the elderly;
- Ensuring that population programmes, such as those supported by UNFPA, which include analyses of demographic trends and their relation to social and economic development, be responsive to gender-based differences which affect elderly women's capacity to participate in and benefit from the great advances that are being achieved in the field of population.

REFERENCES

Arber, A and Ginn, J. (1995) *Connecting Gender and Ageing: A Sociological Approach*. Open University Press: Buckingham.

CELADE (Latin American Demographic Centre), (1992). *Latin America: Economically Active Population, Period 1970-2000*, Demographic Bulletin Series, No. 49 (LC/DEM.G.118), Santiago, Chile, January.

CELADE, (Centro Latinoamericano de Demografia) 1996. *Impacto de las Tendencias Demograficas sobre los Sectores Sociales en America Latina: Contribucion al Diseno de Politicas y Programas*. Santiago, Chile.

CEPAL, (1995): *Panorama Social de America Latina*. Santiago: Naciones Unidas.

Du Guerny, J. (1997). *The Rural Elderly and the Ageing of Rural Populations*. FAO Women and Population Division. <http://www.fao.org/sd/wpdirect/Wpan0016.htm>

Fondo de las Naciones Unidas para la Poblacion, (1997). *Poblacion y Pobreza en una Estrategia Integral para Enfrentar el Envejecimiento*. Uruguay.

Marcoux, A., (1997). *The Feminization of Poverty: Facts, Hypotheses and the Art of Advocacy*. FAO Women and Population Division. <http://www.fao.org/sd/wpdirect/Wpan0015.htm>

United Nations. *International Plan of Action on Ageing*. <http://www.un.org/esa/socdev/ageipaa.htm>

United Nations. *Short Guide for Setting National Targets on Ageing*. <http://www.un.org/esa/socdev/agetarg0.htm>

United Nations. *The Ageing of the World's Population*. <http://www.un.org/esa/socdev/agewpop.htm>

United Nations. *United Nations Principles for Older Persons*. <http://www.un.org/esa/socdev/iyop/iyoppop.htm>

United Nations, (1999). *Women and Health: Mainstreaming the Gender Perspective into the Health Sector*. New York.

United Nations Population Fund, 1998. *The State of World Population 1998: New Generations*. New York.

Vivaldi, M.I. Matamala, 1996. *Mujeres Despues de los 40: Una Perspectiva de Genero*. In *Revista Mujer Salud*, 4/96, 55-60.

III.3 THE ECONOMIC IMPACT OF OLDER PERSONS ON THE SOCIETY

Wendell A. Samuel¹

INTRODUCTION

Global population trends point to a rapid ageing of the world's population. The populations of the mature economies of the OECD are expected to age more rapidly as the post-war boom in birth rates show up as an ageing group. Even the countries with relatively young populations are expected to mature more rapidly than the developed countries of the world as rapid economic growth results in declining fertility rates. For example, it took 86 years in Sweden for the proportion of old to double, 140 years in France and 45 years in the United Kingdom. It is estimated that it would take 34 years in China and 22 years in Venezuela for the percentage of elderly to double. In addition, developing countries will have old demographic profiles at much lower levels of per capita income than the industrialised countries at the time when their populations aged. Rapidly ageing populations suggest that countries would need to plan ahead and put policies in place to deal with this eventuality. Fortunately most Caribbean countries have relatively young populations and hence have the relative luxury of time to put mechanisms and policies in place to deal with the emergence of greater numbers of elderly persons².

Most of the recent discussions on older persons in the society are centred around the provision of social services to them, policies to protect the old, the impact on public and private pension schemes and the challenges posed by ageing population to fiscal sustainability of Governments (for example World Bank (1994), Chand and Jaeger (1996)). However, these only present a partial picture since the production side is ignored. Little attention is placed on identifying the positive contributions that the elderly can make to economic growth and development and the elderly are sometimes treated as a problem rather than as part of the solution.

The main thesis of this paper is that the Caribbean countries have relatively young populations but currently do not have the wherewithal to deal with a significant proportion of their population in the over 60 age group. Thus the countries should use this respite to put in place mechanisms and policies to deal with that eventuality. In this regard, Section 1 of this paper looks at the theoretical framework within which the analysis of ageing is conducted. Section 2 describes the characteristics and current status and trends in the elderly population in selected Caribbean countries. Section 3 discusses some issues related to demographic ageing and their economic implications. These are migration, poverty, the financing of care for the elderly and the dependency ratio. The final section identifies some policy actions from the preceding discussion and provides some concluding remarks.

¹ Senior Director, Research & Information Department of the Eastern Caribbean Central Bank, (e-mail: eccbrei@caribsurf.com).

² The countries of Barbados and Montserrat have relatively older populations. The population of Montserrat has become even more skewed with the exodus of people in the aftermath of the volcanic eruptions in that country. Many of the elderly person have chosen to remain rather than move abroad to start a new life.

1. THEORETICAL FRAMEWORK

The analysis of ageing was not always seen purely through its effect on tax burdens and government expenditure on social security. For Keynes and others in that tradition the consequences of population ageing was a reduction in the growth potential via a reduction in aggregate demand and the consequent investment decisions (Messkoub, 1999). For them a growing population offers a secure demand ensuring profitability and hence capital formation, that leads to economic growth. A declining population has the opposite effect. In addition in a declining economy labour demand will fall, leading to a reduction in government revenue. In some sense the modern literature can be viewed as an offshoot of this tradition with its focus on consumption.

The notion of the ageing of the world's population as a crisis in the making, based on the expenditure effects of providing for an older population is of recent vintage. World Bank (1994) and Chand and Jaeger (1996) are among the prominent propagators of this view. It uses the Life Cycle Hypothesis (LCH) of Ando and Modigliani (1963) as the framework for analysis. The LCH develops a consumption and saving function from the microeconomic behaviour of the individual. According to the LCH, individuals plan their consumption and saving over their lifetime in order to maximise utility. They tend to plan for a constant or slightly rising proportion of income on consumption over their lifetime. The typical life-cycle of income for an individual is low in the early years, high in the prime of their working life and low at retirement. The result of the consumption smoothing behaviour is that young households borrow to achieve the desired level of lifetime consumption. They save in their peak working years to pay off their debts and save for retirement. In their retirement years they dissave to maintain the level of lifetime consumption.

When applied to the macro concept of ageing, it suggests that since the elderly consume more than their income as the population ages, if adequate provision for retirement were not made in the peak earning years, then the government would be called upon make up the difference. This would result in an increasing fiscal problem for official pension arrangements and the governments that may need to bail them out.

Based on the LCH, the argument is intuitive and appealing, however it applies a micro framework for analysis and prediction at the macro level without taking into consideration the methodological and empirical pitfalls and aggregation problems that may arise (Messkoub (1999)). Attention is focussed almost exclusively on the expenditure side and scant attention is paid to the role of changes in output and investment in addressing increases in the aged dependency ratio.

Empirically, the evidence suggests the prediction of the LCH for older persons is not supported by the data for United States. Dazinger et al (1982) found that not only did the elderly not dissave to finance their consumption at retirement, they saved significantly more than non-elderly did. In fact the oldest of the elderly saved the most at given levels of income. Uncertainty about their health and longevity, depletion of human and financial capital and the fact that they are currently at a higher level of income than their peers and they may have been in that position all of their life.

Ironically the same LCH was used to support a policy of reducing the fertility rate, the success of which has had the side effect of causing the problem of ageing that now needs to be addressed. The application of the LCH initially to developing countries was concerned with the high fertility rates. It argued that high fertility rates resulted in a high dependency ratio since the young do not make any contribution to household income. High fertility has the same effect as ageing - raising the ratio of dependants to the working population and hence a rise in aggregate consumption and a decline in saving.

A cross-section study of selected developing countries showed a strong negative relationship between dependency ratios and the level of saving (Leff, 1969). The policy conclusion from this was that developing countries should pursue a policy of birth control to reduce their fertility rates. Leff also found that the aged dependency ratio had a smaller negative effect on saving than the young dependency ratio hence a lowering of the fertility rate would result in a higher saving rate. Hence the ageing of the population should result in a higher saving rate.

The interaction between population growth and saving is a result of two countervailing effects. The dependency effect of a reduction in the fertility rate works via the reduction in the dependency rate, resulting in a decline in consumption and hence an increase in the saving rate. At the macro level a decline in dependency raises the number of households in the saving phase of the life cycle and hence more saving. Similarly, estate saving for bequest motive would increase since a reduction in the dependency rate frees resources that can be saved. The dependency effect on saving will be greater if incomes rise at the same time (Mason, 1988). On the other hand a decline in fertility rate also reduces the rate of growth of the population and hence the number of persons who pass into the saving stage of the life-cycle. Hence the saving rate would be reduced. The empirical results suggest that the dependency effects dominate.

The effect of dependency on saving is an area that is still shrouded in controversy as later studies for both developed and developing countries have not confirmed Leff's findings. Cutler et al (1990) conclude that the preoccupation with the effect of ageing on saving is misplaced. They argue that the population trends predict a rise in the elderly, but it also predicts a reduction in the young (0-14) and a rise in the share of those of working age - the last group would be at or near peak productivity. They conclude that the consumption and investment requirements of the different groups would ensure that demographic change is unlikely to worsen the economic performance of the USA. Moreover, the reduction in the fertility rate creates a 'fertility dividend' that can be made available for expenditure on the elderly.

In the case of the Caribbean countries a similar pattern emerges in the population projections. The proportion of elderly is rising faster than any other category; the proportion of the young is declining and the proportion of those of working age is increasing up to 2050. Whether or not these changes increase the burden on the working population depends what happens to changes in employment and productivity and how effectively these economies utilise their 'young' elderly persons.

2. THE CHARACTERISTICS OF THE ELDERLY POPULATION

This section of the paper discusses the structure and characteristics in the elderly population of selected Caribbean countries in order to identify the parameters of the elderly population and trends in the population to inform the policy actions which may need to be undertaken.

Demographic ageing is defined a rise in the proportion of elderly persons in the total population. This is distinct from the ageing of an individual, which increases with time. The population can get older or younger as time goes by depending on the changes in the proportions in various age groups. A clear distinction must be made between biological ageing, which bears a close relationship to chronological age and socially constructed notions of ageing, such as the retirement age. The official definition of individual ageing is related to the normal retirement age, which ranges between 55 and 65. However, formal retirement is not equivalent to withdrawal (Hurd, 1990). The period during which people can continue their normal work and social functions and would remain productive goes well beyond retirement age. Functional age depends on physical and mental capacities that are determined by genetic and environmental factors. These factors affect individuals differently and may be one reason for the variety of retirement ages across countries and the absence of a common cut off point for the aged. The most frequently used cut-off points are 60 and 65. Since the data for this study was obtained from a variety of sources, it was necessary to use both cut-off points so that a complete picture could be given.

The youthfulness of the population in the Caribbean countries is reflected the indices of ageing given in Table 1. The index of ageing is the ratio of the population age 0-14 expressed as a ratio of the population age 65 and over. The index of ageing is relatively high, although declining in all of the countries except for Barbados and Montserrat. In Guyana, the index of ageing declined from 15.7 per cent in 1960 to 8 per cent in the 1990/91 census. Similar reductions are observed for Belize, St. Vincent and the Grenadines, and Trinidad and Tobago. Montserrat and Barbados had indices of ageing of 5.2 and 6.3 respectively in 1960. By 1990/91 these ratios had declined to 1.8 and 3.8 respectively.

An obverse pattern is observed for the median age which, in Guyana, increased from 15.7 in 1960 to 20.8 in 1990/91. Similarly in St. Vincent and the Grenadines, the median age rose from 14.4 in 1960 to 19.6 in 1990/91. For Barbados the median age rose from 20.8 in 1960 to 28.4 in 1990/91. For most of the Caribbean countries the median age in 1991 was below the median age for Barbados and the Netherlands Antilles in 1960.

Hence for the most part, the populations of the Caribbean countries are relatively young, except perhaps for the cases of Barbados, the Netherlands Antilles and Montserrat which reveal a slightly higher level of maturity. Older persons, 60 years and above constituted 6.4 per cent of the population in Belize in 1980 and 6.1 per cent in 1990. The percentage in St. Lucia was at 8.2 and 8.8 per cent respectively in the censuses while in St. Vincent and the Grenadines the percentages were 8.3 and 8.9 in 1980 and 1991 respectively. Barbados had 14.4 and 14.6 per cent of its population in that age group in 1980 and 1990 respectively.

In order for the elderly to live healthy and meaningful lives, they need access to a variety of social services and social interaction. The situation of the elderly in the Caribbean can be analysed with respect to the following: health and nutrition, housing, social relations and

perception of policy towards the elderly. Hard evidence on the situation of the elderly in the Caribbean is difficult to come by and perhaps is symptomatic of the lack of planning of a coherent policy on this issue. The results of a recent survey of the elderly in St. Lucia are illustrative of the situation of the elderly. A similar pattern was observed for the Commonwealth Caribbean in the census of 1990/91 (CARICOM, 1995).

Health and nutrition

The health status of most of the elderly people in the Caribbean can be described as fair to poor. In the St. Lucia survey only one third of the survey respondents described their health as being good, while 45 per cent and 28 percent respectively described their health status as fair and poor. The burden of the payment for health services falls primarily on the elderly themselves as 58 per cent of the respondents said that they paid their own medical bills. Children bore the financial responsibility for the medical bills of another 34 per cent of the respondents, while 9 per cent said that other relatives paid their medical bills. Forty-three percent of the respondents said that they were currently on medication for a variety of ailments. The most frequently cited ones were deafness (58 per cent), hypertension (13 per cent) and diabetes (8 per cent).

Medical examination is infrequent as over 60 per cent of the respondents said they had been examined between one to three years ago. Most of these examinations took place in community health care facilities - clinics (37%) and hospitals (26%).

With respect to nutritional status of the elderly, 74% of the respondents had three meals per day while 21% had two meals. Forty-two percent of the respondents prepare their own meal on a regular basis while 16 per cent did so occasionally. Fruit and vegetables were not a feature of the diets. They were identified as a part of the diet in only 4 per cent of the lunch menus. It would appear that most of the elderly do not regularly eat a balanced diet.

Housing

While the majority of the elderly (85%) reside in undivided dwellings, which they owned, the tenancy of the land on which the dwellings are located is not as favourable. Only 29% of the sample had freehold tenure. The quality of the housing arrangements is illustrated by the fact that 17% had no access to electricity, 13% use stand pipes, 9% had no access to radio, 23% had no access to television and 6% had no access to toilet facilities.

Evidence of the breakdown of the extended family relationships is suggested by the fact that one half of the respondents lived alone or with their spouse/partner. Only 45% of the respondents live in households of sizes 3 to 7 persons and 3% of the elderly live in houses with non-relatives. According to the survey, the majority of the elderly live without spouses as approximately 23 % of the sample were classified as single/never married and 33% as widowed. Six percent were classified as divorced or legally separated for a total of 62% living without spouses. Approximately 80% of the respondents had children of which 75% indicated that the children were still alive.

The majority of the elderly (72%) feel that the authorities are not doing enough for the elderly and that younger people were treated better than the old (33%). This translates into a feeling of being marginalised. The absence of international conventions on the elderly reinforces this point.

Their preferences for action to be taken include monetary assistance (21%), free medical services (14%), community care services (20%), family care (16%). This reinforces the need for a combination of official and informal support mechanisms.

3. MIGRATION

Waves of migration from the Caribbean countries during the 1960's, 1970's and to a lesser extent in the 1980s have created a pool of potential elderly persons living in foreign countries. It is estimated that over the period 1960 to 1990 approximately 16 per cent of the 1990 population of the Caribbean countries have migrated to other countries (Guengant, 1993). Migration contributes to the ageing of the population in two ways. The first is a result of the fact that the majority of people who migrate are usually in the age group 25-39. Massive migration of these age cohorts reduces the proportion of people at their peak of productivity relative to the younger and older population groups. The net effect would be an overall ageing of the population.

A second effect is that some migrant workers would choose to return home for retirement, adding to the percentage of resident elderly persons. CARICOM (1995) reports observations that are consistent with return migration. At some stage some migrants may chose to exercise their rights to residency in what they still regard as their homelands. This potential pool of elderly persons creates both opportunities and problems for these economies. There are opportunities to effectively utilise both human and financial capital of these migrants. However, if a significant proportion of elderly migrants chose to exercise their rights of citizenship, countries may be hard pressed to provide the level of social services required to maintain the standard of living of the elderly.

The Contribution of Elderly Returning Migrants

The Caribbean diaspora has always been seen as potential source of development finance for many countries. The West Indian Commission Report (1992) identifies a number of ways in which the Caribbean migrants living abroad could contribute to the development of their homeland. A consistent policy towards tapping the potential of migrant workers has never been developed, however in recent times a number of countries have begun to actively encourage the return of retired migrant workers. Grenada, for example, allows a 50 per cent remission of duty to returning migrants on household effects and one automobile per family provided that the items are brought with them or imported within a reasonable time before or after entry. The benefits of such a policy includes the flow of financial resources associated with migrant transfers and pensions; increased investment if they chose to bring back all or part of the accumulated savings; the repatriation of human capital that would transfer usable knowledge and skills and add to the pool of entrepreneurship since many of the returning migrants may have been involved in business in their adopted countries.

An indication of the pool of potential returning migrants is given by the extent of the migration from these countries. Guengant (1993) estimated that net migration from the Caribbean region amounted to 5.6 million during the period 1950 to 1990. This figure represents 16 percent of the region's population in 1990 or 32 percent of the 1950 population. Of this, 1.4 million occurred in the 1980's, slightly less than the 1.7 million net population loss in the 1970's. Thus there is a pool

of almost 4 million who migrated in the 1950s, 60s and 70s who may either be retired or on the verge of retirement.

Quite naturally the highest absolute loss of population occurred among the countries with the highest population. Jamaica and Haiti recorded losses in population of approximately one million each to top the region. Other countries that recorded significant losses were Puerto Rico (about 800,000), Cuba and the Dominican Republic (700,000 each) and Guyana and Trinidad and Tobago (300,000 each). However, some of the smaller Caribbean states experienced the highest rates of population losses. Dominica, Grenada, St. Kitts-Nevis, St. Lucia and St. Vincent & the Grenadines experienced net migration losses equivalent to more than 80 per cent of their populations in 1950. For the CARICOM countries as a group, excluding the Bahamas, the weighted rate of migration loss was 62 per cent of their 1950 population vastly exceeding to 32 per cent average for the wider Caribbean Region.

The major host nations for Caribbean migrants are the United States and Canada. The European countries also received significant amounts of Caribbean migrants. The United States and Canada were the recipients of 2.7 million legal immigrants from all of the Caribbean countries. This figure excludes the approximately 800,000 migrants from Puerto Rico who have moved to the United States.

The first benefit to the economy of the returning migrant is an improvement in the balance of payments via the inflow migrant transfers. These transfers are both financial and in kind. Financial transfers refer to the money that migrants bring with them to resettle in the country. This can be substantial if the migrant worker had received a lump sum payment on retirement. This would be used to acquire assets like land and houses in their new country of residence. Transfers in kind include furniture, automobiles and other consumer durables with which the migrant worker would return.

An estimate of the extent of these flows can be obtained from the credit item for migrant transfers in the balance of payments. At the current time these flows are insignificant amounting to less than 1 per cent of GDP and 3 per cent of exports in most countries. However a policy of encouraging retired migrant workers may increase such flows.

A second element of financial flows are related to social security and pension payments that the retired workers receive from the land in which they worked. Some Caribbean countries have well-established social security reciprocal arrangements with the United Kingdom and Canada for the payment of social security retirees. Another continuous financial flow would be income from investments from the host countries. Thus if the workers had amassed savings in those countries or received a lump sum on retirement and opted to invest them in the host countries rather than bring them home there would be a subsequent flow of income to the retired worker in the form of interest payments, profits and/or dividends depending on the nature of the investment. Such flows are not captured specifically in the balance of payments but are part of the respective payments for services.

If the Life Cycle Theory of consumption is applied to individual migrant workers who usually migrate during their most productive years, then they should have amassed significant savings for retirement. To the extent that they bring these savings home with them it could be a boost to

investment in their homelands. Investment can take several forms. Firstly, investment in housing - to the extent that the migrant workers did not repatriate savings while they were working to build homes, they may need to invest in these. Secondly, investment in securities - there is a dearth of financial assets in which residents in these countries can invest except for the larger more sophisticated countries, thus this form of investment may be constrained by lack of opportunities. Thirdly, they can invest in their own business. Many retired migrant workers have done so because they bring significant technical and business skills that allow them to set up their own businesses.

In many Caribbean countries there is a shortage of entrepreneurship. Many countries lament the weakness of the private sector to take on the more significant role it now should be playing in the new international economic environment. This has prompted some Caribbean countries have to try to import entrepreneurship by the development of an economic citizenship programme. Many retirees have such instincts and have used their technical skills to establish businesses to produce non-traded goods and services. While the production of non-traded goods and services creates income and employment, a more substantial contribution can be made if the returning migrants can use their contacts in the countries in which they worked to develop the export goods and services.

A related benefit is the transfer of knowledge. Thus even if the retired workers do not want to be directly involved in business, they can pass on valuable knowledge that they would have acquired working in the host country. Such knowledge would be in the form of technical know-how and business experience.

On the downside there are a number of risks to a policy of actively encouraging retired nationals to return. The age-old problems of adverse selection and moral hazard raise their heads. The persons who choose to return may be the ones who did not adequately prepare for retirement and hence may be an increased burden on the state to provide retirement income and medical care to persons who are nationals of the country. Such a decision would be a rational choice if those retirees believe that the state would take care of them and poverty in a tropical climate is preferred to the same condition in temperate zones. On the other hand the more productive may feel that they are doing quite well where they are and choose to remain in their adopted countries. Moral hazard arises if returning retirees squander their savings in the hope that the state will take care of them in their later years.

A second concern is that even the most active and productive retirees would some day need to be cared for and hence countries would need to plan for the additional care that would be required. This is due to the fact that the policy would lead to an even more rapid ageing of the population than suggested by current population trends.

4. POVERTY

Older persons are usually seen as one of the groups in society that is vulnerable to poverty. The measurement of poverty is one of the unsettled areas in social research since poverty is a multi-dimensional concept. An individual or household is labelled as poor when they lack resources to satisfy basic needs (Fields (1994)). A first approximation of the measurement of poverty is in terms of a dollar amount that defines a poverty line. Even when this first approximation is

adjusted for inflation, household size, imputed values for goods and services produced by the household, the time period and geographical location, etc. there are still limitations to the measure. The character of poverty may determine the severity. For example, some amount of poverty may be temporary and vary with the life cycle, such as young entrants to the job market and retired persons. Such poverty tends to be less severe than lifelong poverty (Streeten (1994)). Poverty must also be relative and poverty lines should vary between cultures, climates and socio-economic environments. The official poverty line in the USA indicates that about 15 per cent of the population are poor, but most of these people are better off than majority of people in sub-Saharan Africa.

There is a dearth of detailed poverty assessments for the Caribbean countries. However some recent studies of poverty in individual Caribbean countries have been conducted.³ Bearing these limitations in mind, a review of recent studies of poverty in the Caribbean countries suggests that the percentages of older persons in the lowest quintile are higher than their proportion of the overall population. But at the same time the percentages of older persons in the highest quintile is much higher than their proportion in the population. For example, in St. Lucia elderly persons (65+) constitute about 6 per cent of the population while they constituted 15.4 per cent of the persons in the lowest quintile compared to 23.7 in the highest quintile. Similarly, in St. Vincent and the Grenadines the percentages were 7.0 per cent and 11.7 per cent respectively in the lowest and highest quintile, with their proportion of the overall population about 6 per cent. A similar pattern was observed for many districts in Belize.

These seemingly contradictory statistics suggest that among the elderly there is a significant amount of vulnerability to poverty, either because people have not adequately prepared for retirement or due to lifelong poverty. At the same time this age group will also contain a disproportionate amount of persons with relatively higher levels of income because wealthier persons tend to have a higher life expectancy due to better access to medical care, better diets and more congenial environment. This fact must be taken into consideration when policies to enhance the contribution of the elderly to the society are being developed.

There can be significant differences between the genders in the population over 60 years. In most countries women live longer than men do. Life expectancy at age 15 is eight years longer for women than men in the United States, seven in Canada and six years in Belgium and Germany. This is also supported by data for the Caribbean - life expectancy at birth in Grenada is 67 for males and 72 for females and in Dominica it is 64.1 and 74.1 respectively.

In addition to living longer than men cultural factors and income differences result in a greater likelihood that women would be poorer in their old age than men. Most women marry men older than themselves and are less likely to remarry after divorce. In most Caribbean countries female-headed household outnumber male-headed households. Hence, whether through widowhood, divorce or because they never married, elderly women living alone outnumber elderly men living alone by a significant proportion.

The responsibilities of child bearing also mean that their participation in the labour force is often shorter and more irregular. Hence both private savings and rights under public or private pension

³ Kari Consultants have conducted a series of poverty studies for Belize, St. Lucia and St. Vincent and the Grenadines.

schemes are usually curtailed. In addition weaker property rights often militate against women in Caribbean societies. Much inheritance is still conferred on the eldest male in the family. Poverty is a real threat to women as they get older. Since women constitute a higher percentage of the elderly poor, the policies that are put in place to address poverty would need to target elderly women as a group that is characterised by extreme vulnerability.

5. PROVIDING FOR THE ELDERLY

Providing for the elderly requires inter-temporal transfer of resources. The currently employed persons providing for the elderly through formal or informal systems with the expectation that future generations will provide for them can effect this. A second alternative, which seems to be the preferred option in the current literature, is that the currently employed workers transfer their own resources to the future by saving. Each of these have their limitations and as will be argued in the rest of this section there is a case for the two alternatives to complement each other.

Social Security

There is substantial similarity between Social Security in the Commonwealth Caribbean as a result of the participation of the International Labour Organisation as advisers in their establishment. On the financing side, all of the schemes are financed by pay roll taxes paid by both employees and employers, the total of which ranges from 5 per cent in Jamaica to 12 per cent in Guyana (see Table 3). Excluding Guyana, Jamaica, St. Vincent & the Grenadines and Trinidad & Tobago from the picture, the total contribution by employers and employees cluster in the range of 8 - 10 per cent, with a small category of workers in Barbados paying about 12 percent.

Most of the social security schemes are, relatively speaking fairly young schemes and have not been exposed to the full complement of retirement obligations. Due to this, most of the schemes have accumulated substantial investment funds. It is critical that these funds be invested prudently so that the schemes can meet their obligations as they mature.

The thinness of the domestic financial system imposes a significant constraint on the investment portfolio of the social security schemes. This is further exacerbated by the regulation in most countries limiting the investment in foreign securities. Only Barbados, Montserrat, Guyana, St. Kitts-Nevis and Trinidad & Tobago permit investment in other countries. However, even in these countries the investment committees have tended to limit their horizons to the domestic economy with only a minor portion of the funds being invested abroad. For example in Guyana only 0.02 percent was invested in foreign assets while 3.8 and 2.1 per cent respectively of the Montserrat and St. Kitts-Nevis schemes was invested abroad (La Foucade, 1995). Some amount of foreign investment is necessary for geographical diversification the portfolios of the scheme for risk mitigation. Investment in countries whose economies are cyclically uncorrelated would help to reduce risk

On the benefit side, there is also some amount of similarity. Taking first of all the long-term set of benefits offered by the social security schemes, i.e. retirement, invalidity and survivorship, - the retirement age, the number of qualifying contributions and the maximum benefits are largely similar, except for Jamaica. The differentials arise from the administrative practices some of

which Lafoucade (1995) notes as being antiquated and in need of revision. The similarity provisions for benefits also holds for survivorship. Because the provisions for invalidity tried to incorporate the practices existing in the countries before the inception of the social security schemes there is some amount of variability on this count.

Turning next to the short-term benefits, which include unemployment, sickness, maternity, funeral grants, etc., only Barbados provides unemployment benefits, and only Jamaica does not provide sickness benefits. The short-term benefits for the most part do not form a substantial proportion of the expenditure of Social Security Schemes in the Commonwealth Caribbean and are unlikely to be as a result of ageing of the population.

In the long run the long-term benefits of the Social Security Schemes face the same challenges as similar institutions in the rest of the world. They have one advantage though. For the most part they are relatively young schemes and hence full exposure to pension obligations are not due for another two to three decades when the current members of the schemes begin to retire. In the absence of reform to take account of the rapid ageing of the population, the schemes may encounter financial difficulties. There is sufficient time to make the necessary adjustment, however, Lafoucade (1995) noted the political nature of such changes has prevented prompt changes in the parameters of the systems.

There are two basic approaches to Social Security reform (Chand and Jaeger, 1996). The first is parametric reform that tries to change the parameters of the pay-as-you-go (defined benefits) system. The other is the systemic reform approach that proposes the introduction of partially or fully-funded (defined contribution) systems. In implementing parametric reform the first option is to increase revenue. This can be achieved by increasing the threshold for insurable income and increasing the contribution rates. However if the degree of financial imbalance is very high, these measures may be insufficient. The more politically difficult expenditure reducing changes on the benefit side may have to be effected. These include, legislated increases in the retirement age, modifying the mechanism for determining the initial benefit for new pensioners or the benefits for existing pensioners via the method of indexation. Various ways of changing the method of calculation of the benefit to new pensioners can be used including: extending the period of workers earning history used for establishing the assessed income for determining initial pension; adoption of partial rather than full grossing up of past earnings in computing the assessed income for determining initial pension levels; reducing the accrual rate; imposing or lowering replacement rates (Ibid.)

The systemic reforms adopted by Chile and some other Latin American have become the model for such reforms. These involve reposing the responsibility for pension in the private sector via fully-funded privatised schemes. The advantages of defined contribution systems include the reduction of fiscal burden on government and contingent liabilities; net additional savings of the society implied by the accumulation of reserves and better rates of return on privately managed systems. None of these perceived advantages are without controversy which can only be resolved by an appeal to empirical analysis. Kotlikoff (1995), using a stylised dynamic LCH model finds that the size and sign of the welfare gains from the transition to privatised pension systems is extremely sensitive to the existing contribution structure, the link between benefits and contribution under the existing system and the financing of the transition cost.

In the case of the Caribbean systemic reforms would add to the limited private pension schemes, which currently exist for large firms. There is not a great deal of information on private pension schemes in the Caribbean and hence this will not be discussed at length.

The major limitation of both approaches to reform is that because they take the predictions of the LCH model as given, they focus entirely on containing expenditure on the older cohorts in the population. The parametric reform approach does so by restricting the benefits to current pensioners while the systemic approach achieves the same effect by restricting benefits to contributions. No alternatives are sought on the production side. These can be achieved via increases in productivity, employment creation and increasing the labour force participation rate especially among the 'young' elderly group.

Informal Support Systems

Informal support is provided in a variety of ways. The most traditional way is via the extended family which takes care of insurance, redistribution, saving and investment in children, land and housing for the whole family. It has its own system of inter-generational transfers and risk pooling and diversification. Although it is purely voluntary it is reinforced by strong social sanctions.

There is growing evidence that the traditional extended family is breaking down due to modernisation and urbanisation of the society, migration and secular education.

A third method of providing support is via community based support systems administered by Non Governmental Organisations. These are able to deliver support services more cost effectively than official programmes since they are rooted in the community and are more in tune to the local conditions and depend heavily on voluntary effort.

The informal systems have several advantages over formal systems. First, informal systems can pool risk more effectively than formal systems due to the heterogeneity of the multigenerational family or village groups. At the same time they avoid the informational cost and asymmetries of formal systems (World Bank 1994). For example, family members are better able to assess functional inadequacies and needs than chronological age provide.

Secondly, informal systems have an advantage over voluntary make-based insurance schemes by being better able to assess the major risks of old age - the risk of becoming unproductive through ill health and the risk of living long and needing support for consumption. Market based systems are inefficient in these circumstance because of adverse selection and moral hazard. Adverse selection occurs in voluntary systems because the people who think that they have low risk will opt out and hence increase the cost of those with higher risk. The increase in cost would further drive out the ones at the margin leading to a further round of increases. The insured may also fail to protect themselves from disability injury or pretend to be disabled creating a problem of moral hazard. Informal systems are different since opting out is limited and by pooling risks they are better able to adjust to unforeseen circumstances. Migration strategies can also be used as a way of risk diversification as members of the family live in locations where income changes are uncorrelated.

Thirdly, the informal system holds down the cost of the delivery of support since the elderly can undertake tasks in the home such as childcare and other housework. In addition, even where the elderly person is incapacitated, the delivery of care for the elderly can be undertaken along with other tasks in the household, hence reducing the opportunity cost.

There are a number of risks associated with the informal system, for example, the investment in children or the return on them may be quite low; the income transfers may be insufficient; children who migrate may not have the same fear of social sanctions etc. In these circumstances it would be necessary for formal systems to fill the gap.

The growth of formal systems has hastened the demise of informal systems. The role of the extended family is diminished and support is provided through income transfers from children to their parents either in the form of direct monetary transfers or payment for medical expenses and nursing care. The extent of the crowding out of the informal system depends on the motive for the informal transfers. If the motive is altruistic, then if the government steps in, there is no longer a need to provide the transfers. On the other hand if the motive of the transfer is an exchange for support when they get old, then the public system need not crowd out the informal transfers since they expect similar transfers in the future.

Formal programmes should thus be designed to crowd in informal support. For example the provision of medical care (Hong Kong and Thailand) or housing (Australia) would encourage informal support for other needs. Tax deductions can be granted to persons providing support for parents or older persons in the society.

6. OLD AGE DEPENDENCY RATIOS

The dependency ratio plays a central role in the analysis of the crisis of ageing. Falkingham (1992) argues that the consequences for public expenditure of an ageing population flow from demographically defined concepts of dependency and may not necessarily arise if patterns of labour force participation and levels of unemployment change. Messkoub (1999) also argues that productivity increases may also reduce the burden on the working population even if the dependency ratio increases.

As a demographic concept the dependency ratio measures the population 0-14 and 60/65 and over as a percentage of the population 15-59/64. This is a proxy for the percentage of the population that is not economically active as a proportion of the economically active. As Falkingham (Ibid.) shows, this may not be the most accurate measure and may diverge significantly from the true measure if there is high unemployment or there is substantial participation in the labour force by persons over 60/65. The problem is further complicated if the labour force participation rate (LFPR) of women is low. Thus the dire consequences of ageing may not eventuate if the LFPR for the elderly can be increased.

Table 2 shows the evolution the old age dependency ratio for selected Caribbean countries over the four censuses between 1960 and 1990/91. When these trends are extrapolated to the years 2025 and 2050, the situation is even more grim (CARICOM, 1995). Barbados and Montserrat have relatively higher dependency ratios than the other Caribbean countries. St. Kitts-Nevis joins them as the only countries that have old age dependency ratios in excess of 15 per cent. The

dependency ratio of Barbados increased from 10.7 per cent in 1960 to 18.8 in 1990/91. Montserrat and St. Kitts-Nevis increased from 16.0 and 10.2 respectively in 1960 to 23.3 and 17.8 respectively in 1990/91. In contrast, for both Belize and Guyana the ratio rose and then declined to virtually the same level over the thirty-year period. Most of the other countries showed secular increases.

The increases in these ratios appear quite daunting but may not give the full picture. CARICOM (1995) observes that the LFPR among the age group 60-64 averages about 33 per cent for the Commonwealth Caribbean. This has the tendency to reduce the dependency ratio. On the other hand, high levels of unemployment and low LFPR among women would increase the economic dependency ratio.

Discussions of the positions of the elderly in the society are usually viewed in uni-dimensional terms, as the necessity to provide social services. Scant attention is usually given to assessing the positive contribution the elderly can make to society and to engage them in productive activity so that they can live a meaningful life for as long as possible. The next few paragraphs try to identify opportunities for elderly persons to make a positive contribution to the society and hence increasing the LFPR among the elderly.

In many Caribbean countries retirement signals the end of the productive life of the individual. This is further reinforced by a system of national accounting, which largely ignores the contribution of older persons in unpaid activities. The high levels of unemployment in many countries have prompted a reduction in the retirement age and other measures to encourage early retirement. While this practice may show an artificial reduction in the official level of unemployment, it is sub-optimal use of the societies human capital resources. It deprives these individuals of the opportunity of making a positive contribution to the development of the society.

It may be useful in developing strategies to deal with ageing to divide older persons into two groups - those that are old but still can be economically active and those that are incapable of making a contribution. The strategies for dealing with these two groups would, of necessity be different. A first approximation can be between 60 - 75 and 75 and over.

Some of the economic and socially productive roles that older persons can perform are: participation in community micro-enterprises and co-operatives, the transmission of cultural values in kindergartens, schools and universities; advisory services; and, in situations of conflict, active roles as mediators and counsellors. Some of the policies that would encourage the elderly to perform productive roles are:

- (i) the identification of income-generating projects for older persons;
- (ii) the removal of old stereotypes of seniors as dependent;
- (iii) the promotion the active ageing of older citizens with due regard to their individual choices and circumstances, including removing disincentives to labour force participation and lowering barriers to flexible and part-time employment that exist in some countries;

- (iv) the provision of options that include gradual retirement, part-time work and the creation of "initiative centres" in local communities that would provide basic supports for a variety of mid-life and elder enterprises.

The creation of employment and income generating opportunities for the elderly must be seen as part of the overall employment generation for the economy. If employment opportunities remain restricted as they currently are in most countries, then the opportunities taken up by the elderly would result in greater unemployment among other groups especially among the youth. This policy would be even more pernicious than the former policy of reducing the retirement age, thus shifting the limited employment opportunities to a lower age group.

Employment Creation

The issue of employment creation goes beyond creating employment opportunities for the elderly. In fact one of the reasons for the low LFPR among the elderly is the absence of employment opportunities for the economy as a whole and the policy of early retirement to create employment opportunities for the young. A similar policy was employed by the United Kingdom during the great depression of the 1930s (Messkoub, 1999). The lack of employment opportunities and the consequent high levels of unemployment observed in most Caribbean countries have the effect of increasing the economic dependency ratios. It also creates significant opportunities to mitigate the old age crisis since increased employment would spread the burden over a larger number of workers. Moreover the growth in the economy which would create the additional employment opportunities would increase the capacity of these economies to take care of the aged.

The problem of employment creation is not a simple one in the context of the small open economies in the Caribbean. The task of employment creation in the Eastern Caribbean must seek to grapple with two major interrelated issues: -

- (i) the increasing globalisation of the world economy and the inability of the region to compete with the outside world; and
- (ii) the excess supply of primarily unskilled labour

The creation of long-term employment opportunities depends on the economic transformation of these economies from agricultural to industrial (widely defined to include tourism and other services). This would require the reform of the agricultural sector to make it more efficient and the mobilisation of capital for investment in the industrial sector. Official capital flows for infrastructure must be complemented by private flows to enhance productive capacity. The generation of domestic savings is also critical.

Given that the demand for the products of small economies is operationally infinite then, increasing the demand for labour requires that these economies pay attention to the supply side of their activities, to bring cost down and quality up to the standard to be internationally competitive. In addition, they would have to pay attention to non-price considerations, which are extremely critical to competitiveness. These include quality assurance, timeliness of delivery schedules, after-sales service and marketing.

CONCLUSION

Providing for the elderly requires inter-temporal transfer of resources. The currently employed persons providing for the elderly through formal or informal systems with the expectation that future generations will provide for them can effect this. A second alternative, which seems to be the preferred option in the current literature, is that the currently employed workers transfer their own resources to the future by saving. The limitations inherent in each of the individual methods of providing for the elderly suggests that a variety of methods that complement each other should be used. The mix of methods of the delivery of care would depend on the social and cultural factors in the country. It is clear though that formal systems should not crowd out informal systems.

Poverty among the elderly in the Caribbean has several faces as evidenced by the seeming contradictory observation of disproportionate amounts of the elderly in both the lowest and highest quintiles. This suggests that the elderly is not a homogenous group and hence more detailed situational analysis would need to be done in order to target the most vulnerable groups among the elderly. In this regard, older women are particularly vulnerable due to longevity, labour force participation and weak property rights. Target policies to support elderly women would be a critical part of the care delivery mechanisms.

The migratory patterns of Caribbean people can have several effects on demographic ageing. Migration speeds up the ageing of the population by removing a greater percentage of people in their middle years. At the same time return migration has the same effect. Return migration also holds several opportunities for the elderly to make positive contributions to the development of the countries and solutions to the difficulties that arise from ageing.

The economic and demographic dependency ratios can diverge significantly in the presence of high unemployment, low female LFPR and a high LFPR among the young elderly. Hence one of the ways to reduce the burden of ageing is the provision of opportunities for the elderly to be economically active. Such opportunities would also increase the self-confidence of the elderly and enhance their quality of life. Increasing the productivity of the labour force also reduces the burden of ageing. High levels of unemployment in the Caribbean suggest that the economic dependency ratio is much higher and hence employment creation would be a critical part of the strategy of dealing with ageing. Employment creation in the context of small open developing economies is not an easy problem to solve as it turns on the questions of growth and development with which these countries have been trying to grapple in the post independence era. The issues of international competitiveness and the education of a relatively unskilled labour force are foremost.

The demographic ageing of the Caribbean countries is an inevitability that the countries cannot escape. Fortunately most of the Caribbean countries have young populations and may not need to deal with the full effects of ageing until at least 2030 and for most 2050. While the problems posed by an ageing population are formidable, the countries have sufficient time to put policies in place that would help to mitigate the crisis that looms large if attention is focussed narrowly on the consumption and expenditure effects.

REFERENCES

- Ando, A and F. Modigliani (1963) "The Life-Cycle Hypothesis of Saving: Aggregate Implications and Tests" *American Economic Review*, 53 (1) 55-84.
- CARICOM Secretariat, (1995) *Ageing in the Commonwealth Caribbean*, Georgetown.
- Chand, S. K. and A. Jaeger, (1996) *Aging Populations and Public Pension Schemes*, IMF, Washington D. C.
- Cutler, D. M., J.M. Porteba, L. M. Sheiner and L. H. Summers (1990) "An Ageing Society: Opportunity or Challenge" *Brookings papers on Economic Activity*, 1: 1-74
- Dazinger, S., J. van der Graaag, E. Smolensky and M. K. Taussig (1982) "The Life-Cycle Hypothesis and the Consumption Behaviour of the Elderly", *Journal of Post Keynesian Economics*, 5: 208-27.
- Falkingham, J. (1992), "Dependency and Ageing in Britain: A Re-examination of the Evidence", *Journal of Social Policy*, 18(2) 211-233.
- Guengant, J., (1993) "Wither The Caribbean Exodus?: Prospects for the 1990's", *International Journal*, Vol. XLVIII, Spring, pp. 336 - 353.
- Hurd, M.D., (1990)" Research on the Elderly: Economic Status, Retirement and Consumption and Saving" *Journal of Economic Literature*, XXVIII (June) 565-637.
- La Foucade, A. D. *A Review of the Evolution and Performance of Social Security Schemes in the English Speaking Caribbean*. Port of Spain, Trinidad
- Leff, N. (1969) "Dependency rates and Savings Rates", *American Economic Review* LIX (5):886-96.
- Mason, (1988) "Saving, Economic Growth and Demographic Change", *Population and Development Review*, 14(1):435-43.
- Messkoub, M. (1999) "Crisis of Ageing in Less Developed Countries: Too Much Consumption Or Too Little Production", *Development and Change*, 30: 217-235
- Streeten, P. (1994) "Poverty Concepts and Measurement", in R. van der Hoeven and R. Anker, *Poverty Monitoring in Developing Countries*, Macmillan.
- West Indian Commission, (1992) *Report of the West Indian Commission*, Guyana
- World Bank (1994) *Averting the Old Age Crisis: Policies to Protect the Old and Promote Growth*, Oxford University Press.

TABLE 1
INDEX OF AGING* AND MEDIAN AGE
FOR CENSUS YEARS 1960-1990/91

Country	Census Years							
	1960		1970		1980/81		1990/91	
	Index of Ageing	Median Age	Index of Ageing	Median Age	Index of Ageing	Median Age	Index of Ageing	Median Age
Aruba	13.3	23.9	8.2(a)	26.1(a)	3.8	29.8	3.5	31.4
Bahamas	11.0	17.6(C)	14.7	17.7	9.5	18.7	5.4	22.7
Barbados	6.3	20.8	4.6	20.2	2.7	23.5	5.4	28.4
Belize	11.0	17.1	12.2	14.3	9.2	15.8	11.0	16.8
British Virgin Islands	8.0	15.1	7.8	24.1	5.7	22.6	4.5	26.5
Dominica	9.0	17.0	8.3	14.5	4.9	18.0	3.8	22.2
Grenada	8.6	15.3	7.8	15.3	5.4	18.3	4.8	20.1
Guyana	15.7	16.0	11.8	15.3	10.2	17.6	8.8	20.8
Jamaica	10.2	18.9	7.5	16.5	5.7	18.8(d)
Montserrat	5.2	...	3.6	19.2	2.4	23.3	1.8	27.9
Netherlands Antilles	5.9	29.0	6.8(a)	28.2(a)	4.5	30.0	3.5(b)	31.0(b)
St Kitts and Nevis	9.2	16.4	7.0	14.6	3.7	18.9	3.4	22.6
St Lucia	8.8	16.9	9.8	14.2	7.3	16.6	6.2	20.1
St Vincent and The Grenadines	12.2	14.4	10.2	13.6	7.2	16.4	5.3	19.6
Trinidad and Tobago	10.8	17.9	8.2	17.5	5.7	20.6	5.7	23.1
Turks and Caicos Islands	7.8	17.5	7.6	15.8	6.4	18.3	6.4	23.8

*Ratio of 0-14 population to the 65 plus population

(a) 1972 (b) 1992 (c) 1963 (d) 1982

Sources: CELADE (1995)

TABLE 2
DEPENDENCY RATIOS FOR, 1960-1990/1991

Country/Age	Dependency Ratios (per 100)			
	1960	1970	1980/81	1990/91
ARUBA	5.6	7.4	9.9	10.3
BAHAMAS	7.7	5.7	6.9	7.4
BARBADOS	10.7	14.5	18.6	18.8
BELIZE	7.7	8.5	10.2	7.7
BRITISH VIRGIN ISLANDS	13.0	8.9	10.0	9.0
CUBA	8.3	10.8	12.5	12.2
DOMINICA	8.3	10.8	12.5	12.2
DOMINICAN REPUBLIC	10.0	13.6	15.0	15.8
GRENADA	10.6	12.8	12.7	14.8
GUYANA	6.0	8.2	7.3	6.6
HAITI	6.0	8.7	8.1	7.3
JAMAICA	7.3	12.2	13.2	...
MONTSERRAT	16.0	22.4	23.2	23.3
NETHERLANDS ANTILLES(C)	13.5	10.2	10.4	10.9
PUERTO RICO	10.0	11.5	13.1	15.3
ST KITTS AND NEVIS	10.2	15.9	18.9	17.8
ST LUCIA	9.8	10.9	12.0	10.5
ST VINCENT AND THE GRENADINES	8.5	11.4	11.8	12.5
SURINAME	8.6	8.1	8.0	7.4
TRINIDAD AND TOBAGO	7.5	9.2	10.0	10.0

- (a) Years represented are 1960, 1972, 1981, 1991
 (b) 1963
 (c) Years represented are: 1960, 1972, 1981 and 1992

Source: CELADE (1995)

III.4 EL ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN LATINOMERICANA: ¿Hacia una relación de dependencia favorable?¹

Juan Chackiel²

“El envejecimiento de la población, o mejor dicho de la sociedad, es un fenómeno de tal importancia y magnitud, tan novedoso en la historia humana, que sólo conjeturas razonables pueden hacerse sobre sus consecuencias.” Solari (1987).

INTRODUCCIÓN

Cuando al final de la década de 1950, Aldo Solari (1957) comenzó a plantear los problemas del envejecimiento en el Uruguay, el resto de América Latina alcanzaba sus más altas tasas de crecimiento y el más elevado porcentaje de niños y jóvenes. Se vivía lo que se dio en llamar la “explosión demográfica”; la mayor preocupación se centraba en cómo dar atención a tan enorme contingente de madres y niños y, para ciertos sectores, en cómo poner freno a un crecimiento de la población que se consideraba una fuerte traba a los esfuerzos del desarrollo. En aquel entonces se estaba lejos de pensar que esa situación era el preludio de profundos cambios en el comportamiento y perfil demográficos de la región. El propio Solari (1987) comentaba la incredulidad de un destacado demógrafo francés respecto a que en América Latina existiera un país con problemas de envejecimiento de su población y a que la región pudiera enfrentar tal situación a corto y mediano plazo.

Es hoy bien conocido que el Uruguay, y en menor medida la Argentina, comenzaron tempranamente en este siglo su transformación demográfica, y cuentan con un mayor contingente relativo de personas en edad avanzada. Aquí se trata de determinar si este proceso también afecta a los demás países de la región, y en qué medida se acercan o distan de la situación propia de los países desarrollados. Las estimaciones y proyecciones de población efectuadas por las Naciones Unidas para el período 1950-2050, permiten verificar la validez de las afirmaciones que sugieren una aceleración del envejecimiento en América Latina en años recientes y, quizás, romper algunos “mitos” acerca de la situación real y sus consecuencias a corto plazo.

En primer lugar se discuten aspectos conceptuales sobre el tema, en particular se efectúan precisiones terminológicas en torno al envejecimiento de las personas y de las poblaciones, así como de los indicadores utilizados para medir estos fenómenos. Posteriormente, se analiza el envejecimiento de la población latinoamericana en el marco de la transición demográfica, lo que se documenta con los datos disponibles.

¹ Basado en el artículo “El envejecimiento de la población latinoamericana” en el libro: Desarrollo Económico y Social en América Latina. Homenaje a Aldo Solari (CEPAL, en preparación).

² Jefe, Área de Demografía. Celade, División de Población de la CEPAL (e-mail: jchackie@eclac.cl). El autor agradece la valiosa colaboración prestada por Guiomar Bay, consultora del CELADE.

De todas maneras, es innegable que la estructura por edades de la población latinoamericana está cambiando hacia una mayor proporción de personas en edad avanzada, por lo que más temprano o más tarde, estos países enfrentarán el desafío que esto acarrea en los aspectos sociales, económicos, culturales, políticos y éticos. Las consecuencias y las formas de encarar el envejecimiento de la población son muy variadas. Aquí se hace referencia a estos aspectos al considerar la dirección e intensidad del fenómeno, clasificando a los países de la región según el estadio de la transición demográfica en que se encuentran. En particular se examina en mayor detalle los impactos en la relación de dependencia, considerando su importancia del punto de vista socioeconómico.

Como se verá, los planteos conceptuales y metodológicos que se utilizan en lo que sigue se han visto valiosamente enriquecidos por el legado que ha dejado Solari. Es ésta una muy buena oportunidad para hacer un público reconocimiento a sus aportes en el campo de la demografía, los que además se vieron beneficiados por su amplia perspectiva en las ciencias sociales. El que las Naciones Unidas haya dedicado a 1999 como el Año Internacional de las Personas de Edad, es una ocasión propicia para resaltar la contribución de Solari al estudio del envejecimiento y su permanente preocupación por la población de adultos mayores.

I. ASPECTOS CONCEPTUALES DEL ENVEJECIMIENTO

En las sociedades actuales hay dos hechos que llaman la atención en torno al tema del envejecimiento: las personas viven en promedio más años que antes y hay un importante crecimiento en el número de personas en edades avanzadas. Estos dos aspectos constituyen conceptos diferentes aunque relacionados. El primero es la **prolongación de la vida de los individuos**; el segundo corresponde al **envejecimiento de las poblaciones**, que generalmente se expresa en un aumento en la proporción de personas mayores.

El proceso de envejecimiento biológico de los individuos, como tal, es irreversible y ocurre a lo largo de toda la vida. Sin embargo, se considera vieja a la persona que está en la etapa final de la misma, en la que dicho proceso se hace más acelerado y va comprometiendo las facultades físicas y mentales. Desde un punto de vista sociodemográfico y jurídico-laboral se considera que la vejez comienza a partir de cierta edad o, mejor dicho, de un cumpleaños específico. Este umbral es, sin duda, arbitrario y no puede contemplar la multidimensionalidad de un estado que depende de muchos factores, en los que la edad por sí sola nada significaría. Visto de otra manera, la edad umbral es sólo un indicador sintético de una condición que involucra probablemente como elemento central el estado de salud de las personas, pero también aspectos sociales, psicológicos, culturales, políticos, etc. Incluso, el avance tecnológico, más allá del referido a la medicina, permite a las personas con alguna discapacidad prestar servicios a la sociedad que en otra época hubieran requerido una gran fuerza y destreza física.

Laslett (1996) señala que el establecimiento de una edad para la vejez es una construcción social, que sólo parcialmente está determinada por factores biológicos o psicológicos. La categoría “viejo” es, por consiguiente, un “estado adscripto”, generalmente aceptado por las

personas pertenecientes a él, pero no elegido. Ello conduce a la no existencia de homogeneidad acerca de las características de ese “estado adscripto” y de la fijación de la edad de su inicio. Estos varían de país a país, de cultura a cultura, y a través del tiempo. Dicho autor menciona, adicionalmente, la posibilidad de distinguir cuatro etapas del ciclo de vida: la “primera edad”, relacionada con la infancia y la juventud; la “segunda edad”, vinculada a la vida activa y reproductiva; la “tercera edad”, referida a la etapa activa de retiro; y “la cuarta edad” que alude a la fase de declinación, mayor dependencia y deterioro más acelerado³. La propuesta novedosa de incorporar una cuarta edad al ciclo de vida, proviene del aumento del promedio de años de vida observado en los países más desarrollados, lo que haría inadecuado el tradicional “estado adscripto” de “viejo” que comprende tan diversas situaciones.

Considerado de esta manera, el término “tercera edad” no sería sinónimo de “vejez”, sino que sólo se refiere a una etapa específica de esa condición. Con este término se trata de describir aquella etapa de la vejez en que las personas son relativamente autónomas, activas y socialmente integradas⁴. Tout (1989), citando a otros autores, señala la existencia de estas dos fases de la vejez (Neugarten, 1976)⁵, indicando que la primera abarcaría aproximadamente entre los 60 y 75 años de edad y la segunda de 75 en adelante. A su vez, sobre “tercera edad” como expresión genérica de los viejos, decía Solari (1987): “El cambio de la expresión “viejos” por “tercera edad”, por ejemplo, simboliza bien el pasaje de un calificativo que se considera como implicando al menos un cierto desdén por otro que traduce una valoración positiva.”... “Esos cambios son positivos y si he utilizado muchas veces en este trabajo la expresión “viejos”, que por cierto se me aplica, es porque para mí no tiene ninguna significación valorativa de carácter negativo. Pero si bien esos cambios son positivos, no creo que convenga exagerar su importancia.”

El hecho de que la edad y otras características que integrarían el concepto de vejez varíen según culturas, países o clases sociales, tiene implicaciones muy importantes para el análisis de una región tan heterogénea como América Latina, cuyos países presentan muy fuertes desigualdades sociales. Los grupos de bajos ingresos, que por necesidad trabajan hasta después de la edad legal de retiro, se saltarían la etapa de la tercera edad, muy ligada al disfrute de la vejez, y tempranamente llegarían a la fase de declinación y deterioro de sus capacidades la que por otra parte sería breve, por cuanto ellos tienen una esperanza de vida menor. Es posible que esta distinción emergente entre tercera y cuarta edad sea de gran utilidad para los países que ya han logrado esperanzas de vida al nacimiento cercanas a las de regiones más desarrolladas, como Argentina, Chile, Costa Rica, Cuba y Uruguay. En cambio, se justificaría menos en países de menor desarrollo relativo, salvo quizás para destacar las diferencias con otras realidades o las fuertes desigualdades internas.

Por su parte, el proceso de envejecimiento de las poblaciones se da a través del cambio en su distribución por edades. En este caso, el grado de envejecimiento varía según el indicador o los indicadores que se consideren, que pueden ser la edad media o mediana de la población, la proporción de personas menores o mayores de cierta edad, la relación entre el número de

³ En nuestra cultura esta cuarta edad podría corresponder a la categoría de “anciano”.

⁴ También con este sentido se usa la expresión “adulto mayor”.

⁵ Se refiere a los dos grupos como: “Young-Old” y “Old-Old”.

viejos y de niños (o la inversa), etc. En concordancia, es común que se tome como indicador el porcentaje de viejos, definidos como los mayores de una edad específica, que puede ser 60, 65, 70 o cualquier otra, a pesar de las limitaciones que se señalaron sobre la fijación de una edad umbral.

Para analizar el acelerado envejecimiento de la población uruguaya, Solari (1957) utilizó los siguientes indicadores: el porcentaje de viejos (60 y más años de edad) sobre el total de la población, el cociente entre viejos y población activa (15-59 años de edad) y el cociente de viejos sobre niños (menores de 15 años de edad). El primero es el indicador clásico; el segundo expresaría la carga demográfica que representan las personas de edad avanzada (relación de dependencia económica potencial); y el último, la capacidad de renovación de la población (la inversa de este indicador es el número de niños por cada viejo). Corroborando el acierto de Solari, Chesnais (1990) propuso usar los mismos indicadores, fundamentándolo en que lo más apropiado es definir el envejecimiento como la “inversión de la pirámide de edades”, pues, desde el punto de vista económico y social, el hecho más sobresaliente es la disminución proporcional de los jóvenes, es decir el estrechamiento de la base de la pirámide.

II. EL ENVEJECIMIENTO COMO EXPRESIÓN DE LA TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA

Ligado a las transformaciones económicas y sociales ocurridas en Europa a partir del siglo XVIII, se dieron cambios importantes en el comportamiento demográfico, caracterizados por descensos de la mortalidad en una primera etapa, y más tarde en la fecundidad. En este sentido la transición demográfica se entendería como el pasaje de un régimen demográfico de equilibrio, constituido por altos niveles de mortalidad y fecundidad, a una nueva fase de equilibrio con baja mortalidad y fecundidad. Si bien éstos son los dos factores principales del cambio demográfico, las migraciones pueden jugar un papel importante en países con población poco numerosa, como Uruguay (Solari, 1987).

En la pretransición la esperanza de vida al nacer oscilaba en torno a los 25 años y la tasa global de fecundidad⁶ era de entre 5 y 6 hijos por mujer, lo que implicaba tasas brutas de mortalidad y natalidad del orden del 40 por mil. En la etapa final de la transición, propia de los países hoy desarrollados, la esperanza de vida al nacer alcanza valores cercanos a 80 años y el número medio de hijos está próximo a 2. Hacia fines del siglo XX, prácticamente todos los países han entrado en este proceso de cambio demográfico, aunque mostrando enormes diferencias entre ellos y entre los diversos estratos de sus poblaciones. En el Cuadro 1 se presentan, entre otros indicadores, las esperanzas de vida al nacer y las tasas globales de fecundidad de países latinoamericanos en distinta etapa de su transición demográfica, incluyendo también datos de Francia y Japón con fines comparativos.

⁶ La tasa global de fecundidad en un momento determinado se define como el número medio de hijos por mujer al final del período reproductivo, en el supuesto de que las mujeres estarían sujetas a lo largo de su vida fértil a las tasas de fecundidad por edades de dicho momento, y no estarían expuestas a riesgos de mortalidad.

Este proceso que en Europa ha tomado entre 150 y 200 años, en los países en vías de desarrollo se da en forma mucho más acelerada. Por ejemplo, en América Latina la esperanza de vida al nacer aumentó 20 años en promedio (de 50 a 70) durante la segunda mitad de este siglo y se pasó de una tasa global de fecundidad de 6 a menos de la mitad en las últimas tres décadas. Las diferencias en la velocidad de la transición, así como la especificidad del proceso, tienen su explicación en el contexto histórico considerado y en los mecanismos que producen los descensos de la mortalidad y la fecundidad.

Chesnais (1990) identifica cuatro etapas de la evolución de la estructura por edades de una población, consecuencia de los cambios demográficos mencionados. La primera ocurre cuando se producen intensos descensos de la mortalidad, con todavía altas tasas de fecundidad. Como la baja de la mortalidad en esa etapa ocurre principalmente en edades tempranas, el efecto es similar al de un aumento en la fecundidad y tiene como consecuencia un rejuvenecimiento de la población. En América Latina como promedio esta fase se observa aproximadamente entre 1950 y 1965 y se refleja en que el porcentaje de menores de 15 años de edad se acerca al 44 por ciento de la población total (véase el Gráfico 1)⁷.

Luego, en la fase de plena transición demográfica que se expresa en un descenso más acelerado de la fecundidad que de la mortalidad, hay un envejecimiento por la base de la pirámide, al ocurrir una contracción en el porcentaje de niños⁸. La tercera etapa, se observa en los países que están en una transición demográfica avanzada reciente, en que la base de la pirámide es estrecha, las edades centrales se ven abultadas por la alta fecundidad de un pasado no muy lejano, y aún no se percibe un aumento importante en la proporción de ancianos⁹.

Finalmente, cuando ya la fecundidad es muy baja y las ganancias en mortalidad se dan con fuerza en las edades superiores, el proceso de envejecimiento se hace más notorio y acelerado. En estos casos se puede hablar de poblaciones envejecidas, en que el porcentaje de personas de 60 años y más es cercano al 20 por ciento. Uruguay es el país más próximo a esta situación, con 17 por ciento¹⁰.

La morfología de la pirámide de edades está fundamentalmente determinada por los niveles de fecundidad. Así, es bien conocido que a los países con una alta natalidad les corresponde la clásica pirámide de base ancha, y a los de baja fecundidad una forma más bien rectangular (Gráfico 1). Sin embargo, cuando se ha alcanzado una fecundidad muy baja, pareciera que los cambios hacia un mayor envejecimiento estarían radicados en los aumentos en la sobrevivencia a edades superiores. Esto ya está ocurriendo en los países desarrollados. Bourgeois Pichat (1985) planteaba que la próxima transición, o lo que se podría llamar post-transición demográfica, se caracterizará por un fuerte descenso de la mortalidad en edades avanzadas e incluso por un aumento en el límite máximo de la vida, que hasta ahora no ha

⁷ En la actualidad, podrían ubicarse en esta etapa países de la región en transición incipiente y moderada como Bolivia, Guatemala, Haití, Honduras, Nicaragua y Paraguay.

⁸ Países en plena transición : Brasil, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, México, Panamá, Perú, República Dominicana y Venezuela.

⁹ Corresponde a Chile y Cuba. Brasil estaría próximo a esta fase, aunque su mortalidad es aún relativamente alta para integrarse a este grupo.

¹⁰ A esta etapa corresponden Argentina y Uruguay. Cuba está próxima a ella.

sufrido mayores cambios y se sitúa entre 115 y 120 años de edad. En su opinión se debería estar preparado para alcanzar esperanzas de vida al nacer del orden de 95 a 100 años.

Los cambios en la mortalidad y la fecundidad no tienen un efecto inmediato importante sobre la estructura por edades, sino retardado por una inercia proveniente principalmente de los altos niveles de fecundidad del pasado. Este fenómeno se conoce como “potencial de crecimiento de una población” o “efecto eco”. El promedio de hijos por mujer disminuye, pero el número de nacimientos continúa creciendo debido al alto contingente de mujeres que llegan a la edad de procreación. Así, por ejemplo, algunos países de la región muestran una fecundidad y mortalidad similares a los países desarrollados, pero aún mantienen un alto crecimiento de su población y una estructura por edades relativamente joven.

III. SITUACIÓN Y PERSPECTIVAS DEL ENVEJECIMIENTO EN AMÉRICA LATINA

1. Tendencias recientes y situación actual

Para analizar el cambio en la estructura por edades se han seleccionado cuatro países que representan distintas etapas de la transición demográfica y cubren en forma razonable el espectro de situaciones observadas en la región. Ellos son: Guatemala, Brasil, Chile y Uruguay.

Los indicadores de envejecimiento de la población muestran una gran heterogeneidad entre países latinoamericanos (Cuadro 1 y Gráfico 2), consecuencia de las disímiles tendencias demográficas a que han estado sujetos. En 1995 la proporción de personas de 60 y más años de edad, en un país de transición demográfica moderada como Guatemala, apenas supera el 5 por ciento, mientras que Uruguay, con una transición avanzada y precoz, alcanza a 17 por ciento. América Latina, que expresa la situación de la mayoría de los países, tiene en promedio 7.4 por ciento de población en ese tramo de edades. Salvo el caso uruguayo, y en menor medida los de Argentina y Cuba, la región dista mucho de aproximarse a la de países desarrollados. En el cuadro citado se incluyeron Francia y Japón, que tienen aproximadamente un quinto de su población en edades avanzadas.

En la población femenina hay un mayor porcentaje de personas en edades avanzadas y esa diferencia ha sido creciente. Hoy, 8 por ciento de las latinoamericanas tienen 60 años y más, mientras que sólo 6.7 por ciento de los hombres superan esa edad. De acuerdo a las proyecciones, la diferencia irá en aumento y a mediados del próximo siglo esta proporción será de aproximadamente 25 y 20 por ciento, respectivamente. La diferencia es mayor cuanto más hayan avanzado los países en la transición demográfica. En los casos aquí analizados, el rango actual es de una diferencia de 0.3 puntos porcentuales en Guatemala frente a 4.2 puntos en Uruguay y 5.5 en Francia. En América Latina, ello conduce a relaciones de masculinidad en la vejez del orden de 87 hombres por cada 100 mujeres, y tenderán a 80/100 en cincuenta años más. El factor principal que explica la diferencias por sexo es la mortalidad. En América Latina se espera que en promedio una mujer viva 6.4 años más que los hombres, y en Japón,

país que detenta la más baja mortalidad en el mundo, esa diferencia alcanza a casi 8 años. Considerando la esperanza de vida a los 60 años, las mujeres tienen expectativas de vivir en promedio entre tres y cuatro años más que los hombres, lo que puede alcanzar hasta 20 por ciento más de sobrevivida a esa edad.

En este sentido las mujeres enfrentan una enorme paradoja: viven más que los hombres, pero en la mayoría de los casos deben enfrentar solas, como viudas, y muchas veces teniendo familiares a su cargo, una vejez precaria. A ello contribuyen los bajos ingresos que reciben y las malas condiciones de salud propias de la edad.¹¹ De hecho hay una fuerte inequidad de género durante las edades activas, que luego repercute en un menor ingreso en las edades avanzadas. Sobre todo en los sistemas de pensiones de capitalización las mujeres reciben menores retribuciones por haber aportado menos, debido tanto a que han participado menos, y con interrupciones, en la actividad económica, como por el hecho de percibir menores remuneraciones que los hombres.

Dado que el envejecimiento implica la observación de la pirámide de edades en toda su extensión, es más correcto realizar la comparación tomando como indicador la relación entre niños (menos de 15 años) y viejos (60 años y más). En América Latina, la relación es cercana a 450 niños por cada cien viejos, lo que implica una situación intermedia en el mundo (Gráfico 2). En la región, el indicador varía entre aproximadamente 900 y 150 niños por cien viejos, en Guatemala y Uruguay respectivamente. En los países más envejecidos ya a comienzos de la década actual estas dos subpoblaciones se han equiparado, por lo que la relación es inferior a cien. En otras palabras, siguiendo las ideas de Chesnais, el mundo desarrollado estaría viviendo el momento en que se produce la “inversión de la pirámide de edades”.

Por lo descrito, pareciera que el envejecimiento no fuera tan agudo en la región y que sería exagerado equipararla con los países desarrollados. De hecho, en las últimas cuatro décadas el porcentaje de mayores de 60 años habría aumentado únicamente dos puntos porcentuales en países como Chile y Brasil, aumento notoriamente menor al ocurrido en Japón, Francia e incluso Uruguay. El Japón es un caso excepcional, pues en el mismo periodo incrementó en 12 puntos porcentuales dicha proporción. La continuación del envejecimiento en los países desarrollados se debe a una etapa postransicional caracterizada por una fecundidad aún más baja y una esperanza de vida al nacer que continúa aumentando. Además, la mortalidad, al ser muy baja en las edades tempranas, desciende principalmente por la prolongación de la vida de las personas mayores, afectando favorablemente la sobrevivencia en la vejez. En muchos de estos países contribuye a agravar el envejecimiento el que la baja de la fecundidad haya roto la barrera de los 2 hijos por mujer, nivel que asegura el reemplazo de la población.

El aparente lento proceso de cambio en la estructura por edades en América Latina se ha debido al efecto del “potencial de crecimiento” que se comentó en la sección anterior. Podría decirse que el envejecimiento acelerado de la población está “incubándose” y que los “síntomas” estarían dados por la evolución de los componentes del cambio demográfico,

¹¹ Por razones de orden biológico, ligado en parte a su función reproductiva, las mujeres enfrentan en la etapa post-menopáusica una situación de salud más delicada que los hombres, aunque los riesgos de muerte sean menores.

principalmente la fecundidad, y por las diferencias en el ritmo de crecimiento de los distintos tramos de edades. En el presente, la tasa de crecimiento anual de las personas de edades avanzadas es muy elevada, del orden del 3 por ciento, mientras que la tasa del grupo 0-14 años es muy baja, en algunos casos prácticamente nula, e incluso negativa, por ejemplo en Brasil (Gráfico 3).

Durante la década de 1990 en América Latina se incorporarían alrededor de 80 millones de nuevos habitantes. Como consecuencia de las diferencias en las tasas de crecimiento según tramos de edades, algo más de 5 millones serían menores de 15 años y 8.5 millones serían mayores de 60. En los años 1960 la situación fue totalmente diferente: se incorporaron más de 65 millones de niños y únicamente 4.5 millones de personas en edad avanzada. Esto quiere decir que está cambiando notoriamente la estructura por edades de los nuevos demandantes de servicios sociales. Mientras se estabiliza la proveniente de niños y jóvenes, facilitando la cobertura en salud y educación, van aumentando rápidamente los requerimientos de atención a las personas de edad avanzada.

Otra interrogante es por qué, si la esperanza de vida al nacer de la región aumentó veinte años en las últimas cuatro o cinco décadas y quizás cuarenta años desde comienzos de siglo, ello no se ha reflejado de la misma manera en la proporción de viejos. La esperanza de vida al nacer es el promedio de años vividos por todas las personas y a ella aportan los que viven muchos años, pero también aquellos que sólo lo hacen horas, días o pocos años. Las enormes ganancias en la duración media de la vida han sido aportadas principalmente por los que han logrado sobrevivir su primer año de vida o los primeros cinco años. En Chile, por ejemplo, a mitad del siglo, de mil nacidos vivos, ciento veinte no llegaban sobrevivir para su primer cumpleaños, mientras que en la actualidad esa cifra se ha reducido a trece. Ello significa que la probabilidad de morir en la infancia se redujo en 90 por ciento. Mientras tanto la probabilidad de morir entre los 60 y 80 años de edad bajó en los mismos años sólo en un cuarto de su valor. Detrás de estos hechos hay un profundo cambio en los perfiles epidemiológicos de la población. Las preocupaciones actuales se centran cada vez más en las enfermedades crónicas y degenerativas propias de la creciente población en edades avanzadas, y menos en las de tipo transmisible, más frecuentes en edades tempranas, y las propias de la infancia.

2. Perspectivas del envejecimiento en los próximos cincuenta años

Como consecuencia del “boom” de nacimientos ocurrido hace cuatro o cinco décadas, la región se verá enfrentada a una “ola” de aumento de los mayores de 60 años. Entre 2010 y 2025 la tasa de crecimiento de ese segmento se acercará al 4 por ciento medio anual (Gráfico 3), mayor aún a la que existió para la población total durante la llamada “explosión demográfica”. Por ello, a partir del 2000 la población de adultos mayores de América Latina se duplicará en sólo dos décadas, alcanzando a aproximadamente 80 millones de personas. Por tanto, los gobiernos deben estar preparados para que cada año, en promedio, haya 2 millones más de individuos que requieran programas sociales para ese sector de la sociedad. Esto contrasta con lo que ocurre con la tasa de crecimiento de la población menor de 15 años. Ella, con desfases entre los países, se torna levemente negativa u oscila alrededor de cero. Como resultado, la relación entre niños y viejos se reduciría a la mitad en el mismo período y la

proporción de mayores de 60 años se duplicaría en treinta años, aunque sin igualar todavía la existente hoy en los países desarrollados (Cuadro 1 y Gráfico 2).

Dado el aumento en la esperanza de vida y el continuo descenso en la fecundidad, los países ya envejecidos profundizarán aún más esta característica. Japón casi duplicará el porcentaje de mayores de 60 años que se aproximará a 40 por ciento, frente a 13 por ciento de niños. La aceleración del envejecimiento en América Latina favorece la disminución de las diferencias intrarregionales y respecto a los desarrollados, pero no será suficiente para eliminar las disparidades en el próximo medio siglo. Uruguay demorará treinta años en alcanzar el porcentaje de viejos que Francia y Japón tienen hoy, y tanto Chile como Brasil requerirán entre cinco y diez años más. Los países más atrasados en la transición demográfica, como Guatemala, no llegarán a tener una estructura por edades similar a la actual de los países desarrollados y sólo al acercarse al 2040 tendrán una situación como la chilena en 1995.

Todo hace pensar que el desafío impuesto por el envejecimiento de la población afecta a toda la humanidad, pero las condiciones de cada país son diferentes. No necesariamente los países más rezagados en este proceso estarán en una situación menos comprometida. En términos generales, su menor desarrollo no conduce a buenas perspectivas para asegurar una calidad de vida digna a la poca población de edad avanzada. Por otra parte, los países que están en la transición de su estructura por edades, enfrentan la coexistencia de demandas provenientes de la creciente población de adultos mayores y el todavía importante número de nacimientos y, por lo tanto, de niños.

Lo expuesto significa que, por ejemplo, las dificultades de financiamiento de los sistemas de salud y seguridad social, podrían agravarse en el mediano plazo. Poco a poco, las agencias internacionales y los gobiernos de la región, parecen tomar conciencia de estos aspectos, y en muchos países se están estableciendo programas para el adulto mayor y se encaran reformas de los sistemas de seguridad social y de salud. Sin embargo, persiste la duda sobre el conocimiento acerca de las cifras que aquí se presentan, de la factibilidad de mantener en el tiempo las propuestas existentes y sobre los grados de equidad social que deberían tener.

Los factores demográficos explican sólo en parte los problemas de financiamiento y sustentabilidad de los sistemas de seguridad social, particularmente de jubilaciones. A los sistemas de reparto los afecta fundamentalmente el envejecimiento de la población, que altera la proporción de personas en edad de retiro; los de capitalización se ven influidos por el aumento de años de vida en la vejez. Sin embargo, varios estudios señalan que en la viabilidad futura de ambos tipos de sistemas tienen mayor peso factores de orden económico, como el comportamiento del mercado laboral y aspectos administrativos, específicamente los costos de gestión de los sistemas, y circunstancias de tipo político (CEPAL/CELADE y BID, 1996; Bravo, J., 1999).

Las condiciones económicas y sociales de las personas de edad no dependen solamente de los mecanismos que ofrecen los sistemas de seguridad social, estatales o privados, sino, principalmente en Latinoamérica, 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.

El aumento de la duración de la vida conduce a la coexistencia, y frecuentemente a la cohabitación, de parejas con sus hijos, padres y abuelos. Aunque hay pocos estudios sobre las consecuencias de estos cambios en relación a la situación de los viejos, existe consenso en que conlleva una revisión del papel de la familia y a una reestructuración de las redes de apoyo mutuo entre sus miembros (FNUAP, 1998; CEPAL/CELADE, 1997). Quizás, una de las principales consecuencias para las personas de edad es una mayor dependencia de lo que el Estado y el mercado puedan ofrecer para sus arreglos residenciales, cuidados de salud y mecanismos de inserción social. Estos cambios afectarían más fuertemente a la mujer que, además de sus actividades laborales, debido a la persistencia de las inequidades de género, deberá cuidar de sus hijos y también de las personas de edad avanzada, muchas veces padres y abuelos. Las mujeres mayores, además de preocuparse por sus padres aún vivos, deben brindar apoyo a sus hijos, atender su hogar y colaborar en el cuidado de sus nietos.

IV. ¿HACIA UNA RELACIÓN DE DEPENDENCIA FAVORABLE?

1. La relación de dependencia demográfica

Cuando se examina el porvenir en función de la dinámica demográfica futura predomina una visión pesimista, en función de la carga que significa para la sociedad una creciente población en edad avanzada potencialmente pasiva. El argumento para ello está en la relación gradualmente creciente entre población mayor de 60 años y población en edades activas, la que crecerá aún más¹². Si bien, en la región, en los últimos cincuenta años tal relación aumentó levemente, de 11 a 13 potencialmente pasivos de 60 años y más por cada cien potencialmente activos (Cuadro 2), para el 2030 se duplicará y para el 2050 se triplicará (39 por cien). Como referencia, Japón tenderá a una relación cercana a 80 por cien.

Sin embargo, hay algunos elementos que permiten tener una visión más positiva, al menos para las próximas décadas. Para ello es necesario considerar la relación de dependencia total que incorpora la carga demográfica de niños y viejos conjuntamente. Debido al estancamiento que ya se percibe en la población menor de 15 años, la carga demográfica total tendría una tendencia a descender a valores notoriamente inferiores a los observados en el pasado, aunque luego se proyecta que ocurrirá cierta recuperación. Este “bono demográfico” se presenta en los países que han tenido una baja importante de la fecundidad en décadas recientes. Así, Chile y

¹² La relación de dependencia demográfica total se define aquí como el cociente entre la suma de niños y viejos y la población en edad activa: $(<de\ 15\ años + 60\ y\ más\ años)/(15-64\ años)$. Se puede también considerar las relaciones de dependencia de cada uno de sus componentes: $(<de\ 15\ años)/(15-64)$ y $(60\ y\ más)/(15-64)$. Esta es una relación de dependencia potencial que responde a la carga demográfica, pues la dependencia efectiva incorporaría en el denominador a los efectivamente activos, entre los cuales se encuentran las personas en edad pasiva que trabajan, y excluiría del numerador a las personas en edad activa que por alguna razón no integran la población económicamente activa.

Brasil entre el 2000 y el 2020 tendrán relaciones de dependencia demográfica total próximas o inferiores a 60 potencialmente pasivos por cien potencialmente activos, mientras que en el pasado alcanzaron valores cercanos a 80 por cien. Guatemala, que en años recientes tenía una relación superior a 100 por cien, gozaría de este “beneficio” recién a partir del año 2030, mientras Japón lo habría ya tenido aproximadamente entre 1965 y 1995.

En Francia y Uruguay, países tradicionalmente de fecundidad baja y envejecidos, no se percibe una relación de dependencia demográfica favorable en el pasado reciente ni en los próximos cincuenta años. En Uruguay la migración internacional jugó un papel importante en la evolución de este indicador; la fuerte salida de jóvenes al exterior desde la década de 1970 produjo un aumento en esta relación, que se elevaría por sobre 70 pasivos por cada cien potencialmente activos. Este hecho condujo a Solari (1987) a hablar del envejecimiento “perverso”, porque a los componentes del crecimiento vegetativo de la población se le sumó la emigración de personas, cuya tasa alcanzó magnitudes similares a los de la mortalidad durante varios años, en los que el país prácticamente no creció. A ello se debería agregar el efecto de la importante inmigración de la primera mitad del siglo, la que hoy integra la población pasiva de edades avanzadas. Francia habría tenido también un efecto “perverso” en su estructura por edades, que entre 1960 y 1975 condujo a relaciones de dependencia superiores a 70 por cien. Ello se debería, por un lado, a las defunciones de jóvenes y a la brusca baja de nacimientos durante la segunda guerra mundial, lo que luego de veinte años se refleja en la disminuida población en edades activas y, por otro, al “boom” de nacimientos de la postguerra que todavía eran niños o adolescentes en el período mencionado.

Por otra parte, tanto el envejecimiento de la población como la relación de dependencia demográfica, que constituye una de sus expresiones, tienen gran diversidad de comportamientos al interior de los países. En particular, el “bono demográfico” estaría muy lejos de ser alcanzado por los sectores más desposeídos de la sociedad. La población bajo la línea de pobreza tiene una relación de dependencia demográfica marcadamente alta, de entre 1.5 y 2 veces más que la de los no pobres (Cuadro 3). Para 1996, en Chile los pobres tienen 83 potencialmente pasivos por cien personas en edades activas, en Brasil 90 por cien y en Honduras 111 por cien. Estos, valores son la consecuencia de comportamientos demográficos caracterizados todavía por alta mortalidad y fecundidad, y por lo tanto por una alta proporción de niños. En los tres casos analizados los pobres tienen más de 40 por ciento de población menor de 15 años. Mientras tanto, los no pobres tienen aproximadamente un cuarto de su población en ese grupo de edad en Chile y Brasil, y un 30 por ciento en el caso de Honduras. En estos países la carga demográfica de niños en los pobres es el doble que en los no pobres y ocurre la inversa con la referida a los adultos mayores. Sin embargo, las cifras de Honduras muestran un importante porcentaje de población en edades avanzadas entre los pobres, así como una relación de dependencia elevada, aunque no se descarta que pueda deberse a problemas de información.

Los hogares pobres podrán en un futuro a mediano o largo plazo beneficiarse de una relación de dependencia menor, pero aunque la presión sobre su desmedrada situación económica pueda ser aliviada, no será este el factor más importante para salir de su estado de pobreza. Tampoco parece razonable que tengan que esperar un tiempo prolongado, cuando llegue el

“bono demográfico” para que recién en ese momento se puedan beneficiar del ansiado despegue del desarrollo. En todo caso, las políticas sociales deberán tener presente que la liberación de recursos por la menor carga demográfica nacional, para que beneficie a los más necesitados, deberá necesariamente implicar medidas de redistribución de los ingresos.

2. La relación de dependencia efectiva

La relación de dependencia efectiva depende de dos factores: la evolución de la estructura de la población por edades y la variación en las tasas de participación en la población económicamente activa (PEA). Esta relación, calculada como el cociente de la población no económicamente activa (PNEA) y la PEA, en 1995 duplica la relación de dependencia demográfica total (Cuadro 4 y Gráfico 4). Ello indicaría que los factores relacionados con el mercado laboral tienen tanta o más importancia que el factor demográfico, sobre todo considerando que no se ha tomado en cuenta aquí la cesantía y el subempleo. La diferencia entre los dos tipos de relaciones se debe fundamentalmente a la baja tasa de participación en la PEA por parte de las mujeres¹³, que conduce a relaciones de dependencia efectiva sorprendentemente altas entre 15 y 60 años de edad (más de 50 inactivos por cada cien activos en América Latina, en Guatemala 72 por cien y en Uruguay 37 por cien). Ello más que compensa el efecto contrario que produciría la existencia de niños y adultos mayores activos, que no es nada despreciable en la mayoría de los países de la región (cuadro 4). En particular, la diferencia entre ambos indicadores de dependencia es todavía más marcada en Uruguay y Chile, en que las tasas de actividad de mujeres alcanzan valores más elevados.

El llamado “bono demográfico” de las próximas décadas se vería potenciado por el aumento de las tasas de participación en la actividad económica de la población entre 15 y 60 años, bajo la hipótesis de una tendencia creciente en la incorporación de la mujer a la oferta de mano de obra. Las proyecciones para América Latina de las tasas de actividad femenina, en esas edades, suponen un aumento de un 20 por ciento en 15 años (CELADE, 1999). La relación de dependencia efectiva de la región bajaría de 145 por cien en 1995 a 117 por cien en el 2010 (cerca de un 20%), mientras que la relación de dependencia demográfica lo haría de 70 a 59 por cien (16%).

3. Las interpretaciones de la evolución futura de la relación de dependencia

La visión positiva de una baja en la relación de dependencia en las próximas décadas en países de la región, se basa en que la todavía creciente, y proporcionalmente mayor fuerza de trabajo, tendrá a su cargo un menor número de pasivos. Esto permitiría liberar recursos, antes destinados al gasto social para atender a los niños, para realizar inversiones productivas que dinamicen la economía. Ello incluye inversiones también en el área social, mejorando la calidad de los servicios de salud y educación, lo que redundaría en una mejor calificación y competitividad de la mano de obra. Esto sería una oportunidad de favorecer el desarrollo económico y así poder enfrentar mejor el futuro a más largo plazo, cuando la población en

¹³ En parte, la baja participación femenina en la actividad económica podría deberse a una subestimación de la misma en las fuentes tradicionales de recolección de la información.

edades avanzadas adquiriera una mayor relevancia y las tasas de dependencia se vuelvan a elevar.

Es difícil establecer si el ahorro derivado de la estabilización en el número de niños será capaz de cubrir los costos implicados por la creciente población en edad avanzada y la realización de inversiones adicionales para mejorar la calidad de los recursos humanos. Este aspecto es muy complejo, pues intervienen muchos factores, como los costos del nacimiento, crianza, salud y educación de los niños *versus* los costos económicos, de salud, y apoyo social a las personas de edad avanzada. En general, existe la idea de que en salud es muy superior el costo de las personas mayores, pues las enfermedades que los afectan son generalmente de larga duración y la medicina que requieren es más sofisticada, tanto para los diagnósticos como para el tratamiento. Esto se vería agravado por el aumento de la esperanza de vida a edades elevadas, ya que los tratamientos de las enfermedades se prolongarían por un mayor número de años.

Las estimaciones del promedio de la región (Cuadro 2) consideran que cuando la fecundidad era alta (década de 1960), la relación de dependencia demográfica de niños era de 80 por cada cien personas en edad activa, y la de viejos era de 12. En cambio, en las próximas décadas, en que actuaría el “bono demográfico”, este indicador sería 42 y 17 por cien, respectivamente. El crecimiento de la relación de dependencia de 5 viejos más por cada cien activos, sería ampliamente compensado por cerca de 40 dependientes menos de corta edad. Para que tal compensación no ocurriera, el gasto en una persona de edad avanzada debiera ser más de ocho veces superior al requerido para un niño, lo que parece improbable.

No obstante, puede argumentarse que la alta proporción de población en edades activas, implicará una importante demanda por empleos, que puede conducir a problemas de desocupación y de pobreza. En este sentido, muchos países podrían no estar en condiciones de aprovechar la oportunidad de una relación de dependencia favorable para acelerar su desarrollo económico. En el decenio de 1980, en América Latina, la oferta de mano de obra creció en un poco más de 40 millones de personas, luego aumentó en alrededor de 50 millones en los 90s, y se prevé que entre 2010 y 2020 lo hará en 47 millones. Un atenuante a esta preocupación es que la tasa de crecimiento de la población en edad activa descendería sostenidamente. Es decir, simultáneamente con el descenso de la relación de dependencia se produciría una fuerte baja de la tasa de crecimiento medio anual de esta población. Por ejemplo, en Brasil pasaría de 2 por ciento en la actualidad a 0.5 por ciento en el año 2020. Sin embargo, para esta última fecha la tasa de crecimiento de la población económicamente activa, aunque también decreciente, sería el doble debido principalmente al mencionado aumento que se supone podría ocurrir en la participación femenina.

Otro aspecto a considerar es que el proceso de envejecimiento de la población general, también se observa en su población en edad activa, aquí representada por el tramo de edades entre 15 y 59 años de edad. Donde la transición está adelantada, como Brasil y Chile, a mediados de siglo las personas de 35 a 59 años, es decir las personas en edades activas mayores, representaban 40 por ciento del total de la población potencialmente activa. En 15 ó 20 años más esta proporción se acercará al 50 por ciento y a mediados del siglo que viene será

cercana al 55 por ciento. Como es de esperar, Guatemala atravesará esa misma evolución con un desfase de varias décadas.

No es obvio el efecto que tendrá esta población activa más envejecida sobre el proceso de desarrollo. Por un lado, podría ser favorable para la economía contar con una mano de obra madura, más experimentada y quizás más calificada. Sin embargo, esto podría ponerse en duda al considerar que las personas mayores tienen más dificultad para incorporar el acelerado progreso técnico, a lo que se sumaría un cierto desaliento en el trabajo por la cercanía a la edad de retiro, que conduciría a una menor productividad. Las estadísticas de la región muestran sistemáticamente que la población entre 25 y 60 años, principalmente sobre los 45 años de edad, tiene un mayor porcentaje de población que no ha superado la educación primaria comparado con los jóvenes entre 15 y 25 años (CEPAL, 1998). A esto se agregaría, además, el mayor costo que representa para un país tener activos que, por su antigüedad laboral y formación profesional, podrían percibir mayores salarios. Solari (1967) argumentaba acerca del efecto desfavorable sobre la producción que tendría el envejecimiento de la población activa. En particular, mencionó que ello tendería "... a disminuir enormemente la movilidad del empleo. La "viscosidad" es característica de la mano de obra envejecida. En general, esto tiene un efecto conservador sobre la evolución de las estructuras económicas, como puede probarlo acabadamente el caso de Francia." Esta ambigüedad seguramente no es fácil de dirimir, pero no excluye la necesaria consideración de un factor que también es consecuencia del proceso de envejecimiento.

Finalmente, habrá que tomar en cuenta que los viejos también serán más viejos, es decir que la distribución por edades de este sector de la población verá incrementar proporcionalmente el grupo mayor, el que pertenece a la "cuarta edad". Dentro del grupo de mayores de 60 años, los que tienen más de 75 años tendrán un notable aumento. Para el promedio de la región hace cuarenta años el 17 por ciento de los viejos estaba en la "cuarta edad", en la próxima década serán aproximadamente 25 por ciento y 34 por ciento en medio siglo. En Francia los viejos mayores ya tienen el porcentaje que se prevé para América Latina en el 2050, y se supone que para ese momento, al igual que Japón, se acercarán a la mitad. Esto indiscutiblemente conducirá a incrementar los costos de atención a los dependientes mayores, que requerirán más cuidados, mayor preocupación para sus arreglos residenciales y prácticamente no tendrán participación en el proceso productivo. En cambio, se verá disminuida la proporción de viejos en la "tercera edad" que tienen la capacidad para ser autónomos, tener una participación en las actividades económicas y una mayor integración social. En el promedio de América Latina, las tasas de participación en la actividad económica de los mayores de 75 años es tres veces menor que las de la población de 60 a 74 años, y en Uruguay llega a ser cinco veces más baja. Pareciera además, que esta diferencia sería mayor en el futuro, pues en el grupo de edad 60-74 años es posible que las tasas puedan aumentar, mientras que entre los mayores de 75 se espera un descenso.

REFLEXIÓN FINAL

El hecho de que el envejecimiento aún no se haya traducido en un cambio explosivo en el porcentaje de viejos en los países latinoamericanos, incluidos aquellos que están en plena transición demográfica, no significa que no sea un hecho ya vigente. El crecimiento de la población en edades avanzadas y el número de personas que cada año se agrega a ese grupo, constituyen un gran desafío para la atención de sus demandas.

Pese a que se espera un sostenido aumento en la proporción de viejos en los próximos años, la relación de dependencia demográfica y la efectiva descenderán considerablemente debido a la estabilización de los nacimientos. Se considera este hecho como una “oportunidad demográfica” que favorecería el desarrollo económico y social, al liberarse recursos antes destinados a atender las demandas de salud materno e infantil y la cobertura de educación preescolar y primaria. Dichos recursos podrían destinarse, entre otras cosas, a asegurar condiciones de vida dignas para las personas de edad avanzada, mejorar la calidad de la educación vinculada al progreso tecnológico o realizar inversiones productivas. No obstante esto podría verse mediatizado porque el envejecimiento también ocurrirá en el tramo de edades activas y de las personas en edad avanzada, con disímiles consecuencias para la sociedad.

De todas maneras, en las próximas décadas la región enfrentará el desafío de un cambio irreversible en la estructura por edades de su población. Por lo tanto, deberán contemplarse políticas y programas en torno al retiro laboral con condiciones de vida dignas y la permanencia en el trabajo de personas que desde el punto de vista de su edad pueden considerarse viejas, pero que tienen capacidades y derechos para ser autónomos y prestar servicios útiles a la sociedad. Los sistemas de salud y seguridad social deberán adaptarse a un número creciente de adultos mayores, que además tienen una vida más prolongada, y a una sociedad cambiante. La reducción del tamaño de la familia, debido a una fecundidad cada vez menor, tendrá impactos importantes en términos de los arreglos de vida de las personas mayores y de las relaciones entre sus miembros.

BIBLIOGRAFÍA

Bourgeois Pichat, J. (1985), “Las nuevas fronteras de la demografía”, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)/Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE), Instituto Nacional de Estudios Demográficos (INED), Serie LC/DEM/G.33, Santiago de Chile.

Bravo, J. (1999), “El envejecimiento de la población y los sistemas de pensiones: América Latina en una perspectiva internacional”, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)/Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE), Banco Interamericano de Desarrollo (BID) e Instituto Nacional de Estudios Demográficos de Francia (INED), (inédito).

Chesnais J. C. (1990), “El proceso de envejecimiento de la población”, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)/Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE) e Instituto Nacional de Estudios Demográficos (INED), Serie LC/DEM/G.87, Santiago de Chile.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) (1998), "Panorama Social de América Latina", Serie LC/G.2050-P, Santiago de Chile.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)/Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE) (1997), "Envejecimiento: cuatro facetas de una sociedad para todas las edades", Serie LC/DEM/G.174, Santiago de Chile.

_____ (1998), *Boletín Demográfico* N° 62, Santiago de Chile, julio.

_____ (1999), *Boletín Demográfico* N° 64, Santiago de Chile, enero.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)/Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE) y Banco Interamericano de Desarrollo (BID) (1996), "Impacto de las tendencias demográficas sobre los sectores sociales en América Latina", Serie LC/DEM/G.161, Santiago de Chile.

Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP) (1998), "Estado de la Población Mundial 1998. Las nuevas generaciones", Nueva York.

Laslett, P. (1996), "What is Old Age? Variation Over Time and Between Cultures". en *Health and Mortality among Elderly Populations*, editado por Graziella Caselli y Alan D. Lopez, Clarendon Press Oxford.

Neugarten, B. (1976), *The Psychology of Aging: An Overview*, American Psychological Association, Washington D. C.

Dechter, A. y S. Preston (1991), "Age Misreporting and its Effects on Adult Mortality estimates in Latin America", en *Population Bulletin of the United Nations*, N° 31/32, Nueva York.

Solari, A. (1957), "El fenómeno del envejecimiento de la población uruguaya", en *Revista Mexicana de Sociología*, Vol XIX, N° 2, Abril-Junio, México.

_____ (1967), *El desarrollo social del Uruguay en la postguerra*, Editorial Alfa, Montevideo.

_____ (1987), "El envejecimiento de la población uruguaya treinta años después" en *Cuadernos del CLAEH*, N° 43, *Revista Uruguaya de Ciencias Sociales*, 2da. Serie, Año 12, Montevideo

Tout, K. (1989), *Ageing in Developing Countries*, Oxford University press, Nueva York.

United Nations (1998), *World Population Prospects. The 1998 Revision*, Vol. I, ESA/P/WP.150, Nueva York.

Cuadro 1
TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD, ESPERANZA DE VIDA AL NACER Y PORCENTAJE DE POBLACIÓN DE 0-14
Y 60 Y MÁS AÑOS DE EDAD, PARA PAÍSES Y AÑOS SELECCIONADOS

Indicadores demográficos	1950	1970	1995	2010	2025	2050
AMÉRICA LATINA						
Tasa global de fecundidad	5.9	5.4	2.8	2.3	2.2	2.1
Esperanza de vida al nacer	51.8	60.2	69.4	72.9	75.7	78.9
Porcentaje de población de 0 a 14 años de edad	40.0	42.4	33.8	27.8	23.6	20.0
Porcentaje de población de 60 y más años de edad	6.0	6.4	7.4	9.4	14.0	22.6
GUATEMALA (transición demográfica moderada)						
Tasa global de fecundidad	7.1	6.5	5.2	3.7	2.6	2.1
Esperanza de vida al nacer	42.0	52.0	63.4	68.3	72.6	77.4
Porcentaje de población de 0 a 14 años de edad	44.1	45.8	45.1	39.8	32.0	22.7
Porcentaje de población de 60 y más años de edad	4.3	4.4	5.3	5.4	6.9	14.3
BRASIL (plena transición demográfica)						
Tasa global de fecundidad	6.2	5.1	2.4	2.1	2.1	2.1
Esperanza de vida al nacer	51.0	58.9	67.2	71.3	74.7	78.4
Porcentaje de población de 0 a 14 años de edad	41.5	42.4	31.8	25.2	22.2	19.7
Porcentaje de población de 60 y más años de edad	4.9	5.7	7.1	9.7	15.4	24.1
CHILE (transición demográfica avanzada reciente)						
Tasa global de fecundidad	5.0	4.0	2.4	2.2	2.1	2.1
Esperanza de vida al nacer	54.8	62.1	74.8	77.0	78.8	80.7
Porcentaje de población de 0 a 14 años de edad	36.7	39.2	29.4	24.9	22.2	19.7
Porcentaje de población de 60 y más años de edad	6.9	7.7	9.6	12.5	18.2	23.5
URUGUAY (transición demográfica avanzada antigua)						
Tasa global de fecundidad	2.7	2.9	2.4	2.2	2.1	2.1
Esperanza de vida al nacer	66.3	68.7	73.5	76.6	78.9	81.3
Porcentaje de población de 0 a 14 años de edad	27.9	27.9	25.0	23.5	21.2	19.3
Porcentaje de población de 60 y más años de edad	11.8	12.9	17.0	17.5	19.3	24.5
FRANCIA (transición demográfica completa)						
Tasa global de fecundidad	2.7	2.4	1.7	1.9	2.0	2.0
Esperanza de vida al nacer	66.5	73.1	77.6	79.5	80.9	82.4
Porcentaje de población de 0 a 14 años de edad	22.7	24.8	19.5	17.5	17.2	16.7
Porcentaje de población de 60 y más años de edad	16.2	18.1	20.0	22.9	28.1	31.4
JAPÓN (transición demográfica completa)						
Tasa global de fecundidad	2.8	2.1	1.5	1.6	1.7	1.8
Esperanza de vida al nacer	63.9	72.2	79.8	80.9	82.1	83.6
Porcentaje de población de 0 a 14 años de edad	35.4	24.0	16.0	14.8	13.5	13.8
Porcentaje de población de 60 y más años de edad	7.7	10.6	20.5	29.3	32.9	37.6

FUENTE: CELADE (1998), Boletín Demográfico No. 62; Naciones Unidas (1998), "Population prospects - the 1998 revision".

Cuadro 2
RELACIÓN DE DEPENDENCIA DEMOGRÁFICA TOTAL, DE MENORES DE 15 AÑOS Y DE 60 Y MÁS
AÑOS* PARA PAÍSES Y AÑOS SELECCIONADOS
(por cien)

Indicadores demográficos	1950	1970	1995	2010	2025	2050
AMÉRICA LATINA						
Relación de dependencia total	85.1	95.3	70.1	59.3	60.4	74.1
Relación de dependencia de menores de 15 años	74.0	82.8	57.5	44.3	37.9	34.8
Relación de dependencia de 60 y más años	11.1	12.5	12.6	15.0	22.5	39.3
GUATEMALA (transición demográfica moderada)						
Relación de dependencia total	93.8	100.8	101.6	82.5	63.7	58.7
Relación de dependencia de menores de 15 años	85.5	91.9	90.9	72.6	52.4	36.0
Relación de dependencia de 60 y más años	8.3	8.9	10.7	9.9	11.3	22.7
BRASIL (plena transición demográfica)						
Relación de dependencia total	86.7	92.6	63.6	53.7	60.3	78.0
Relación de dependencia de menores de 15 años	77.6	81.6	51.9	38.7	35.6	35.1
Relación de dependencia de 60 y más años	9.1	11.0	11.7	15.0	24.7	42.9
CHILE (transición demográfica avanzada reciente)						
Relación de dependencia total	77.2	88.6	64.0	59.7	67.7	76.3
Relación de dependencia de menores de 15 años	65.1	74.0	48.3	39.8	37.2	34.8
Relación de dependencia de 60 y más años	12.1	14.6	15.7	19.9	30.5	41.5
URUGUAY (transición demográfica avanzada antigua)						
Relación de dependencia total	65.8	68.9	72.5	69.5	68.9	78.2
Relación de dependencia de menores de 15 años	46.3	47.1	43.2	39.9	35.7	34.5
Relación de dependencia de 60 y más años	19.5	21.8	29.3	29.6	33.2	43.7
FRANCIA (transición demográfica completa)						
Relación de dependencia total	63.8	75.1	65.3	67.7	82.8	92.8
Relación de dependencia de menores de 15 años	37.2	43.5	32.3	29.3	27.6	32.2
Relación de dependencia de 60 y más años	26.6	31.6	33.0	38.4	55.2	60.6
JAPÓN (transición demográfica completa)						
Relación de dependencia total	75.9	53.1	57.4	78.9	86.7	105.8
Relación de dependencia de menores de 15 años	62.4	36.8	25.1	26.5	25.2	28.5
Relación de dependencia de 60 y más años	13.5	16.3	32.3	52.4	61.5	77.3

FUENTE: CELADE (1998), Boletín Demográfico No. 62; Naciones Unidas (1998), "Population prospects - the 1998 revision".

*Relación de dependencia total = (población de menores de 15 años más la población de 60 y más años) / (población de 15 a 59 años)

Relación de dependencia de menores de 15 años = (población de menores de 15 años) / (población de 15 a 59 años)

Relación de dependencia de 60 y más años = (población de 60 y más años) / (población de 15 a 59 años)

Cuadro 3
RELACIÓN DE DEPENDENCIA DEMOGRÁFICA SEGÚN NIVEL DE POBREZA ARA PAÍSES Y AÑOS SELECCIONADOS
 (por cien)

País (año)	Total	Pobre	No pobre
BRASIL (1996)			
Relación de dependencia total	66.1	90.1	55.3
Relación de dependencia de menores de 15 años	51.9	83.5	37.5
Relación de dependencia de 60 y más años	14.3	6.6	17.8
CHILE (1996)			
Relación de dependencia total	61.8	82.8	56.9
Relación de dependencia de menores de 15 años	45.3	74.4	38.4
Relación de dependencia de 60 y más años	16.5	8.4	18.4
HONDURAS (1997)			
Relación de dependencia total	98.0	110.8	61.5
Relación de dependencia de menores de 15 años	85.5	98.3	48.9
Relación de dependencia de 60 y más años	12.5	12.5	12.6

Fuente: CEPAL, sobre la base de tabulaciones especiales de las encuesta de hogares de los respectivos países.

Cuadro 4
TASA DE ACTIVIDAD Y RELACIÓN DE DEPENDENCIA EFECTIVA*,
SEGÚN AÑOS Y PAÍSES SELECCIONADOS
(por cien)

Año / indicador	América Latina	Guatemala	Brasil	Chile	Uruguay
1995					
Tasa de actividad					
Total	52.9	45.3	56.8	47.0	54.3
10 - 14	11.3	10.1	15.8	**	**
15 - 59	63.7	55.3	67.7	58.1	71.5
60 - 64	34.3	42.6	30.1	25.7	27.5
75 y más	13.2	22.8	10.8	6.1	5.3
Relación de dependencia efectiva					
Total	144.8	224.0	122.3	167.2	121.9
0 - 14	79.8	141.7	66.7	78.7	55.6
15 - 59	52.3	72.0	43.8	68.3	36.6
60 y más	12.8	10.4	11.7	20.3	29.7
2010					
Tasa de actividad					
Total	56.7	50.6	59.8	51.3	56.6
10 - 14	8.0	9.3	11.1	**	**
15 - 59	68.3	61.2	71.3	64.3	74.1
60 - 64	32.9	42.1	29.4	26.6	31.7
75 y más	10.0	20.2	7.6	4.4	6.6
Relación de dependencia efectiva					
Total	116.7	172.6	101.4	133.3	109.6
0 - 14	58.7	105.4	48.9	58.1	49.3
15 - 59	43.1	57.9	37.7	52.1	32.1
60 y más	14.9	9.3	14.8	23.1	28.3

Fuente: CELADE Boletín Demográfico Nos 62 y 64.

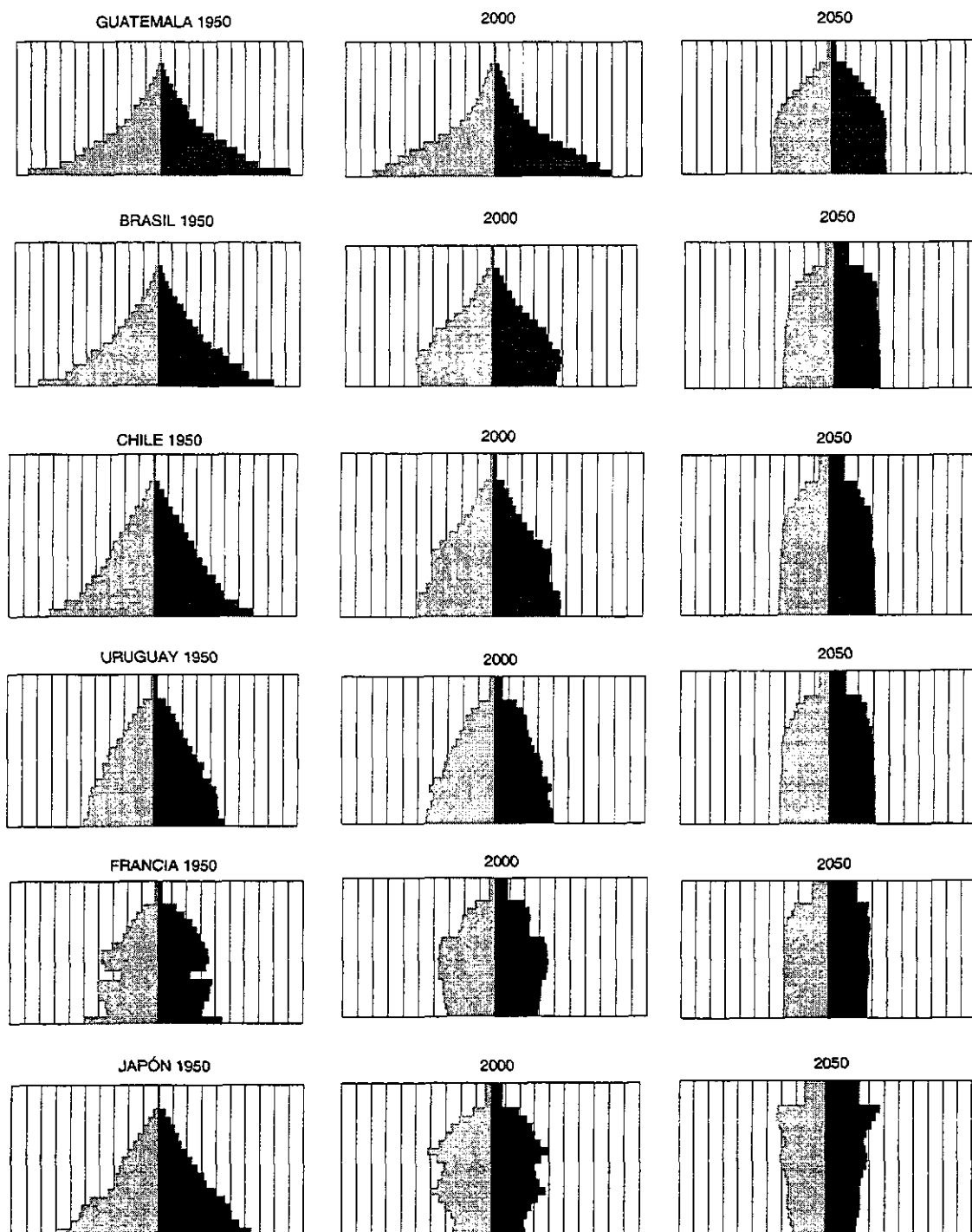
* Relación de dependencia efectiva total: Cociente entre la población no económicamente activa total y la población económicamente activa total.

Relación de dependencia por grupo de edad: cociente entre la población no económicamente activa del grupo y la población económicamente activa total.

** No se consideró la población económicamente activa de menores de 15 años.

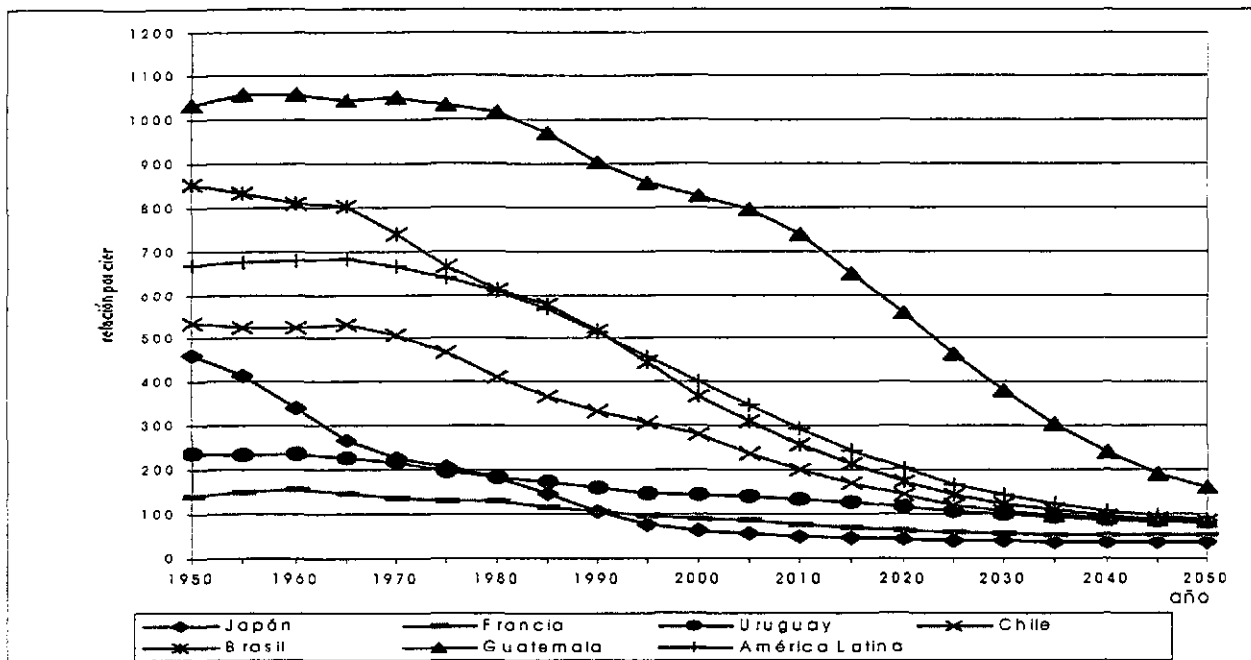
Gráfico 1

PIRÁMIDES DE LA POBLACIÓN POR SEXO Y EDAD PARA PAÍSES Y AÑOS SELECCIONADOS



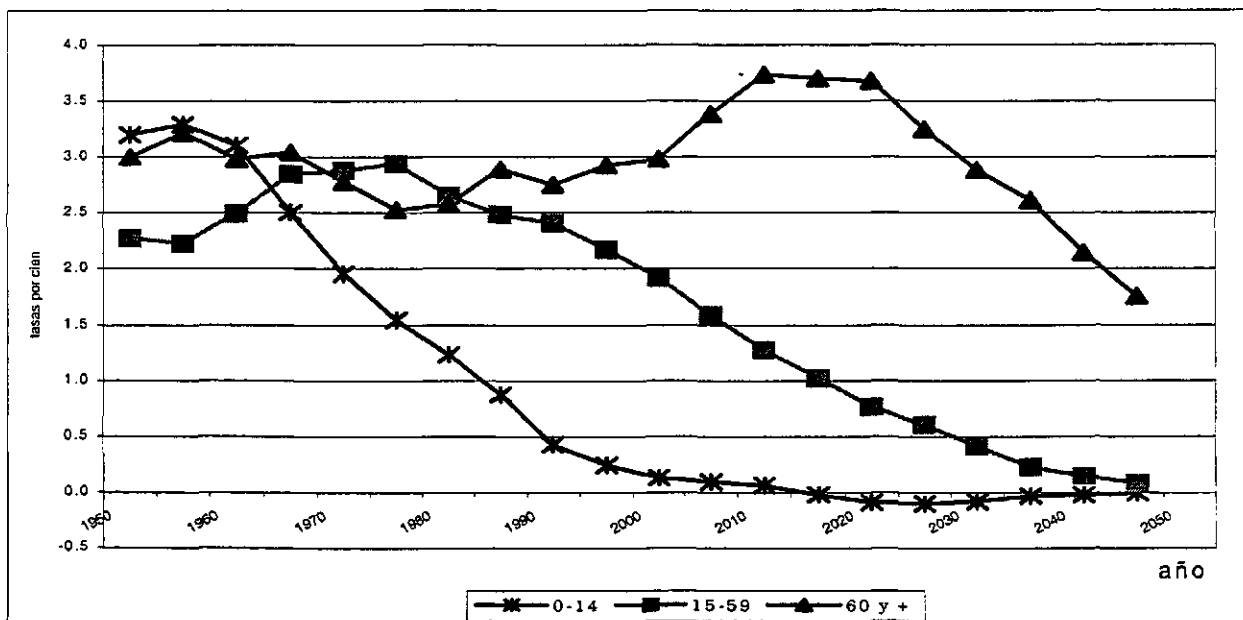
Fuente: CELADE (1998), Boletín Demográfico No. 62; Naciones Unidas (1998), "Population prospects – the 1998 revisión".

Gráfico 2
RELACIÓN NIÑOS-VIEJOS* DE PAÍSES SELECCIONADOS



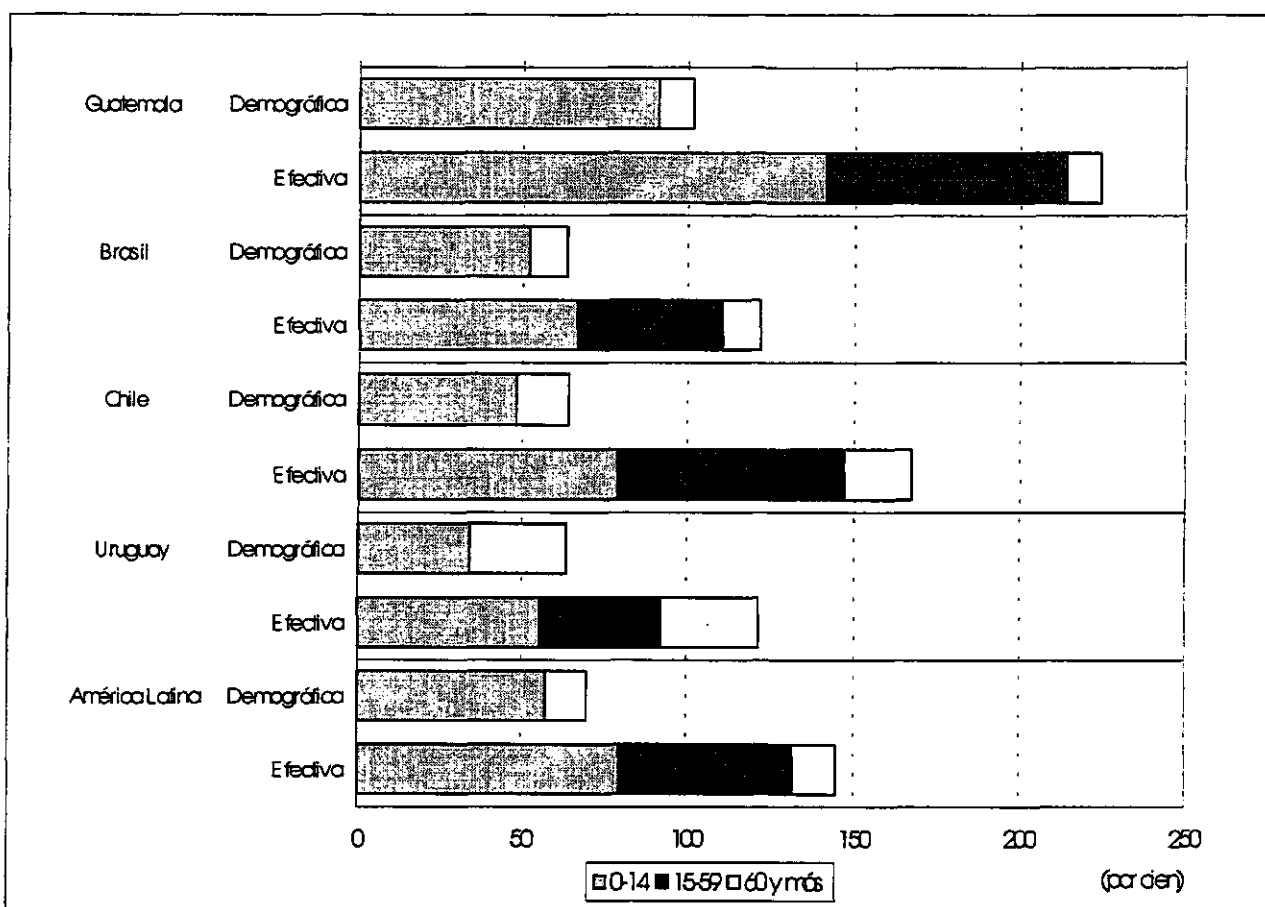
FUENTE: CELADE (1998), Boletín Demográfico No. 62; Naciones Unidas (1998), "Population prospects - the 1998 revision".
* Cociente entre la población de menores de 15 años de edad y la población de 60 y más años de edad

Gráfico 3
AMÉRICA LATINA: TASAS DE CRECIMIENTO DE LA POBLACIÓN SEGÚN GRUPOS DE EDADES



FUENTE: CELADE (1998), Boletín Demográfico No. 62.

Gráfico 4
 RELACIÓN DE DEPENDENCIA DEMOGRÁFICA Y EFECTIVA PARA PAÍSES SELECCIONADOS
 1995



Fuente: CELADE, Boletín Demográfico Nos 62 y 64.

III.5 ENVEJECIMIENTO Y CONDICIONES EDUCATIVAS Y LABORALES DEL ADULTO MAYOR EN URUGUAY¹

Juan Carlos Veronelli²

Introducción

El próximo siglo será el del envejecimiento poblacional y probablemente también el del equilibrio demográfico post transicional. Los países de mayor desarrollo humano envejecerán antes -muchos ya lo han hecho- y alcanzarán antes el equilibrio demográfico. La fecundidad deseada oscilará alrededor de la tasa de reemplazo, permitiendo crecimientos moderados o declinaciones, según sea el comportamiento que derive de valores, creencias y situaciones en cada sociedad particular.

La ampliación vertical de la unidad social básica - la familia - producirá cambios en los roles sociales y la sociedad envejecida deberá reacomodarse y asumirse. El mayor potencial humano disponible deberá ser socialmente aprovechado, redefiniendo las dependencias.

El comienzo de la transición demográfica creó excedentes poblacionales que entre otras cosas, permitieron el “*cubrimiento de América*” después del doble descubrimiento: el descubrimiento - hallazgo- y el des-cubrimiento, la casi extinción de la población nativa, súbitamente expuesta a enfermedades ante las cuales estaba inmunológicamente indefensa. Hubo cambios importantes en la riqueza y el poder de muchas naciones. El final de la transición, con su escalonamiento temporal en las diferentes regiones del mundo, puede esperarse que tenga consecuencias análogas. Serán muchos sin duda los que propongan múltiples y amplios cambios para que todo permanezca como está. Este documento examina el tema desde la perspectiva de un país pequeño, de alto desarrollo humano, cuya preocupación es la de adecuarse a la nueva realidad y permitir la coexistencia armónica e integrada de todas las edades.

En efecto, Uruguay es un país pequeño, con una sociedad que “*envejeció sin mirarse al espejo*”, al mismo tiempo que otros países de alto desarrollo humano de Europa o América del Norte. Mantiene desde hace décadas un crecimiento demográfico moderado (1% anual desde 1950 hasta 1975; 0.7% - 0.8% desde entonces). No tuvo fenómenos súbitos de rejuvenecimiento (baby booms) que alivian el proceso de envejecimiento a costa de hipotecar el futuro. Se espera que continuará envejeciendo, al ritmo más lento de las sociedades ya envejecidas, y que el contingente de personas de edad envejecerá a su vez, por el ritmo mayor de aumento de los grupos de edades avanzadas. Como en todas las sociedades contemporáneas que envejecen, las mujeres predominarán entre las personas de edad, aunque los cambios más recientes de la mortalidad parecerían distribuirse menos desigualmente entre los sexos, pudiendo atenuar las diferencias en el futuro.

¹ Versión resumida del documento “El envejecimiento poblacional en el Uruguay” (inédito).

² Consultor de Naciones Unidas (magarlos@adinet.com.uy).

En este resumen no se ha incluido la presentación del marco conceptual general, dedicándose la primera parte a delinear el proceso de envejecimiento de la población uruguaya, y la segunda, a presentar los grandes temas de las personas de edad en el país.

El conjunto de reflexiones e información que se presenta en este documento prevee cambios importantes pero que no comprometen, en Uruguay, la luminosidad de los amaneceres por venir.

Primera Parte

1. El envejecimiento poblacional en Uruguay

1.1 La toma de conciencia

Hace poco más de cuarenta años apareció en la Revista Mexicana de Sociología el primer artículo referido al envejecimiento de la población de un país latinoamericano. Se refería al Uruguay y su autor, Aldo Solari, era un sociólogo y abogado uruguayo que se destacaría, pocos años después, como funcionario de la Comisión Económica para América Latina.

“Si una baja mortalidad está volviéndose un rasgo general de las civilizaciones contemporáneas grandes diferencias se mantienen con respecto a la natalidad. Los países latinoamericanos ofrecen, en su mayor parte, una alta natalidad; pero tienen o están por tener, una baja mortalidad. El Uruguay, con natalidad y mortalidad muy bajas, se aproxima considerablemente a los países europeos. Si prescindimos de los posibles efectos de las migraciones internacionales sobre la población uruguaya, es evidente que una baja natalidad produce un angostamiento de la pirámide de edades en su base, un aumento de la proporción de adultos y ancianos, y que este proceso es tanto más intenso cuanto más antigua la declinación de la natalidad, cosa que precisamente ocurre en el Uruguay.” ...“La población uruguaya sufre un proceso de envejecimiento acelerado, que constituye un problema demográfico y social de primera magnitud”. (1)

Respecto de las circunstancias en las que fue elaborado ese artículo, comenta treinta años después el mismo Solari : *“Lo redacté en circunstancias especiales, ya que el último censo de población hecho en el Uruguay databa de 1908 y pasarían seis años más antes de que se realizara el de 1963. Mi fuente de datos fueron las estimaciones de la Comisión de Población de las Naciones Unidas, que tuve oportunidad de examinar mientras hacía mis estudios de postgrado en París - que incluían un “stage” en el Instituto Nacional de Estudios Demográficos, dirigido entonces por Alfred Sauvy. El Instituto, contaba entre su personal a uno de los mayores especialistas de la época, el profesor Jean Daric. Luego de analizar las cifras de las Naciones Unidas pensé que la importancia del problema merecía un artículo que al menos cumpliera la función de llamar la atención sobre él, y, como era obvio, resolví consultarlo. Refiero este episodio anecdótico para recordar la reacción de Daric que fue la de manifestarme que era imposible que un país de América Latina pudiera enfrentar el problema del envejecimiento a corto ni a mediano plazo. Le hice notar que, aparte de las estimaciones de la División de Población, era un hecho indudable la baja tasa de natalidad del Uruguay y el que su caída había comenzado varias décadas antes. Aunque no quedó muy convencido, me proporcionó una abundante bibliografía y una serie de*

sugerencias que me fueron muy útiles. En el Uruguay el artículo fue prácticamente ignorado y recién con los resultados del censo de 1963 se comenzó a adquirir conciencia del problema, lo que le dio a algunos, no muchos lectores". (2)

La incredulidad de Jean Daric es entendible. El envejecimiento era una característica de los países desarrollados, en los cuales la industrialización y el crecimiento de la riqueza inducían, décadas después de haber impactado sobre la mortalidad, un descenso sostenido de la fecundidad. Pero Solari tenía razón. En el quinquenio 1950-55 la fecundidad en Uruguay era la más baja de América y su valor (2.73) era inferior al de Argentina (3.15) , Estados Unidos (3.45) y Canadá (3.70).

Recuérdese que en ese quinquenio se asistía en los dos últimos países al "baby boom" que se produjo también en muchos países de Europa y casi no tuvo importancia o no existió en el Cono Sur de América. El descenso de la fecundidad venía operando en Uruguay desde fines del siglo XIX. Las primeras tasas de natalidad que registran los anuarios estadísticos iniciados en las últimas décadas del siglo pasado son la de los años 1878 , 1879 y 1880 (49.4, 51.9 y 49.9 respectivamente). La tasa cae hasta alrededor de 40 por mil en la década de los 1880`s , y desde 1891 sus valores descienden para llegar a 32.8 en 1901. Desde 1920 declina hasta 20-25 por mil primero y debajo de 20 después.

Los factores que probablemente influyeron en la reducción voluntaria de la fecundidad coinciden con los postulados de los autores que contribuyeron a formular la teoría de la transición demográfica : *"una nueva filosofía de vida busca elevar el nivel de vida de los individuos y de sus descendientes aprovechando el progreso económico. Notestein sugiere, entre los principales factores, la predominancia del individuo respecto de la familia y especialmente de la familia extendida; el desarrollo de un nuevo estado de espíritu que valora la razón y el laicismo, los progresos de la instrucción pública sobre el conocimiento del mundo y las técnicas modernas; el mejoramiento de la salud, la emergencia de alternativas al matrimonio precoz y a la procreación como medio de existencia y de prestigio para la mujer".(3)*

También la mortalidad descendió, sobre todo la derivada de causas infecciosas, que afectaban sobre todo a los niños. Las defunciones de menores de cinco años representaban un 41.4% de las defunciones en 1886, un 36.8% en 1899 , un 31.8% en 1921, un 22% en 1940, un 16.6% en 1960, un 11.7% en 1975, un 6.2% en 1985 y menos de 4% desde 1991. (4)

En las últimas décadas del siglo pasado, estos descensos en la mortalidad de edades tempranas hicieron más lento el envejecimiento poblacional, pero cuando cohortes poco disminuidas por la mortalidad superaron la edad reproductiva y en el marco de una fecundidad descendente, reforzaron el proceso, así como las reducciones -de menor proporción y ocurridas después - de la mortalidad en edades más avanzadas.

Cuadro N° 1: Tasas de mortalidad estimadas (por cien mil) específicas por edad. Todas las causas. Uruguay, 1960-1989

Año	Menos de 1	De 1 a 4	De 5 a 14	De 15 a 44	De 45 a 64	De 65 y más
1960-64	4788.1	146.0	45.1	178.0	1109.5	6458.2
1965-69	4708.0	143.9	45.0	177.6	1104.0	6345.6
1970-74	4629.0	141.0	44.0	175.2	1085.3	6272.9
1975-79	4242.0	132.0	41.5	157.3	1060.2	5976.4
1980-84	3348.0	103.0	38.0	140.0	1043.0	5849.9
1985-89	2440.0	87.0	36.6	132.0	1052.8	5861.6
Dif.%	-49.0	-40.4	-18.8	-25.8	-0.5	-9.0

Fuente: OPS/OMS Publicación científica 556. 1995. (5)

El tiempo en el que estas modificaciones ocurrieron y la magnitud de los cambios fueron similares en Uruguay a las experimentadas en varios países europeos y en países americanos de poblamiento europeo - como los llama J.C.Chesnais o "pueblos trasplantados" al decir de Darcy Riveiro - y que incluyen a Canadá y Estados Unidos en el Norte y a Argentina y Uruguay en el Sur.

En 1987 Solari revisita el tema del envejecimiento poblacional en Uruguay (2). El nuevo artículo destaca el significado del envejecimiento poblacional ("*un fenómeno único, un profundo cambio en la distribución de los roles sociales*"). El subtítulo "*del envejecimiento normal al envejecimiento perverso*" se refiere a la pérdida que produjo durante dos décadas la emigración de uruguayos -predominantemente de adultos jóvenes- e impactó en la distribución etaria de la población. La emigración elevada fue un fenómeno transitorio que ocurrió entre 1965 y 1990, con sus valores máximos en los quinquenios 70-75 (9.7%) y 75-80 (4.3) para volver desde 1990 a los valores históricos próximos al 1%.

En esta segunda visita al tema, Solari dispone de tres censos de población para la segunda mitad del siglo (1963, 1975 y 1985) . Después de subrayar el refuerzo de la tendencia al envejecimiento producido por la emigración, destaca la desaceleración del proceso en el largo plazo, analiza sus efectos sobre la fuerza de trabajo, sobre la proporción de hombres y mujeres, sobre los límites de edad para el retiro y sobre la convivencia intergeneracional. Explora las posibilidades teóricas de transferencias de ingreso entre las generaciones, lamentando la ausencia de datos que las hagan comparables. Identifica cambios en el sentido de pertenencia a un determinado grupo de edad. "*La edad a las que las personas se autoperceben como viejos y también lo hace la sociedad va aumentando constantemente*". Anticipa lo que demostrará un referendun un par de años más tarde: el derecho de los jubilados a percibir remuneraciones razonables es percibido como justo por la sociedad.

Doce años después muchas de las consideraciones de Solari mantienen su validez. Se agregan fenómenos nuevos, como las amenazas que para la integración societal representan las segmentaciones (principalmente la residencial y la educativa) y las exclusiones, así como algunos cambios profundos en la institución familiar.

Los Estados nacionales, que a partir de las dos últimas décadas del siglo pasado asumieron el control de las economías nacionales (Mc Neill (6)) supone que lo hicieron para poder financiar una carrera armamentista que no se limitó a las grandes potencias) abandonan esa función (y su participación en esa carrera) cuando la guerra se desdibuja como actividad bélica y se insinúa en los comportamientos económicos. Los seguros sociales - tal vez originalmente medios de legitimación de las "economías de mandato" y las concepciones posteriores de la seguridad social que dominan el escenario desde la década de los 30`s empiezan a verse como factores de inseguridad en una economía de más en más globalizada y todavía carente de mecanismos y autoridades reguladoras.

El progreso técnico que por siglos fuera la base de mejoramientos paulatinos en la situación de los trabajadores se acelera y se divorcia de esa situación de modo casi simultáneo, dando origen al "crecimiento económico sin empleo". La ampliación de la fuerza de trabajo producida por el masivo ingreso de la mujer a la actividad económica remunerada coincide con caídas de niveles salariales para ambos sexos (aunque desiguales), aumentos del desempleo y precarización del empleo.

En ese contexto poco promisorio el envejecimiento poblacional, si no irreversible, aparentemente irremediable, se convierte de logro estimable en otra "mala noticia". **La evolución del empleo es sin dudas una variable crítica para el replanteo de los roles sociales que origina el envejecimiento.**

1.2 El envejecimiento de la población uruguaya

El descenso de la natalidad en Uruguay comenzó tempranamente y se mantuvo a través de muchas décadas. El número absoluto de nacimientos osciló entre 35 y 40 mil entre 1900 y 1923 entre 40 y 45 mil hasta 1952 y alcanzó a 50 mil en 1957. Desde entonces, oscila alrededor de 55 mil nacimientos anuales acercándose algunos años a los 60 mil pero sin alcanzar esa cifra. Como resultado de la gradual reducción de la fecundidad (y la natalidad) , que permitió un aumento pequeño y sostenido del número absoluto de nacimientos, la base de la pirámide poblacional creció levemente desde fines del siglo pasado.

Los cambios en la mortalidad (con una fecundidad en ligera declinación) produjeron un impacto evidente en la pirámide de población. Las defunciones de menores de 1 año y de menores de 5 años fueron reduciéndose como proporción del total de defunciones, a medida que se expandían el saneamiento y la cobertura de la educación , especialmente de las mujeres, tal como propuso el padre de la instrucción pública uruguaya, José Pedro Varela.

En décadas posteriores los progresos de acciones de salud pública (sobre todo inmunizaciones) y la efectividad de la acción médica, contribuyeron en esta reducción. A través de un siglo cohortes ligeramente mayores y cada vez menos recortadas por la mortalidad alcanzaban las edades en las que las tasas son las más bajas. (5 a 14 años) y atravesaban el período de baja mortalidad relativa. Sin cambios importantes en las tasas de mortalidad de los adultos mayores hasta la década de los 60`s, la expectativa media de vida al nacer, que resume la mortalidad, aumentó desde los 50 años de comienzos de siglo a los 68 de la década de los 60`s. Desde 1970 comienzan a evidenciarse reducciones significativas en la mortalidad de los adultos mayores.

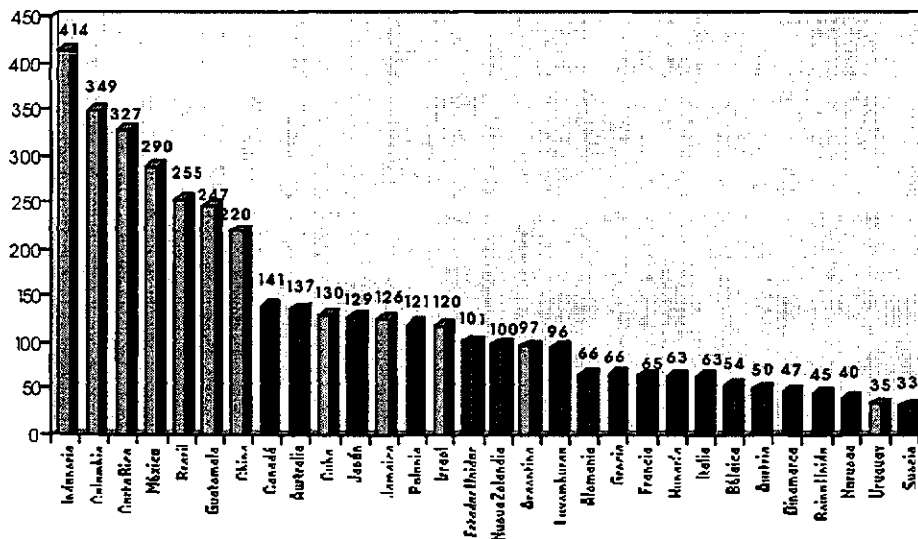
1.3 Las personas de edad en Uruguay

En números absolutos, las personas de 60 años y más ascendían en 1996 (séptimo censo) a 548.934 personas, de las cuales 232.832 (42.4%) eran varones y 316.102 (57.6%) eran mujeres. Su representación en el electorado - población de 18 y más años - alcanzaba al 25%, en tanto que constituían un 17.3% de la población total. Esta proporción coloca al Uruguay en el primer lugar en América Latina en cuanto a envejecimiento de su población. Pero, a diferencia de otros países, la gradualidad del proceso, con reducciones de fecundidad que moderaron, sin suprimirlo., el crecimiento vegetativo, implica que el envejecimiento futuro será lento.

Aquellas sociedades que han sufrido bruscos y drásticos descensos de sus tasas de fecundidad lo harán en forma rápida. Además, la inexistencia en Uruguay de procesos de transitorio rejuvenecimiento poblacional por aumentos de la fecundidad (baby booms) elimina el efecto de envejecimiento súbito que se produce cuando las cohortes de la explosión demográfica transitoria alcanzan las edades avanzadas.

En el gráfico siguiente se aprecia con gran claridad el diferente impacto que el proceso de envejecimiento producirá en un conjunto de sociedades seleccionadas en las próximas décadas. Como puede observarse el aumento porcentual proyectado para el Uruguay es más bajo que el de casi todos los países desarrollados incluidos en el gráfico. Canadá, Australia, Japón y Estados Unidos tendrán un aumento porcentual más de tres veces superior al de Uruguay, cuyo aumento será sólo ligeramente mayor que el de Suecia.

Gráfico Nº 1
Aumento Porcentual proyectado de la población anciana, 1990-2025



Fuente: Tomado de OMS. Epidemiología y Prevención(7).

Nota: Se representan en gris claro las barras que corresponden a países en desarrollo y en gris oscuro las que corresponden a países desarrollados.

La presentación de las características y de los problemas que emergen en este grupo poblacional suele formularse para todo el conjunto, en cuyo interior se albergan situaciones tan heterogéneas como las que pueden imaginarse si se compara la vida de un individuo de 60 a 64 años, en general laboralmente activo, autónomo, frecuentemente en una de sus etapas de su mayor productividad intelectual o responsabilidad labora, con otro de 95 años y más, frecuentemente reducido en su autonomía, retirado desde hace muchos años de la actividad laboral y muchas veces receptor de múltiples cuidados personales.

A fin de que el conocimiento de las características y los problemas de los individuos se ajusten a grupos más homogéneos se intentará construir agrupamientos menos heterogéneos.

Cuadro N°2: Población de 60 años y más por grupos quinquenales. Uruguay 1996.

	Total	%	% acumulado	Hombres	%	Mujeres	%
60-64	144.091	26.25	-	66.980	28.73	771.201	24.43
65-69	135.641	24.71	51	60.868	26.16	74.773	23.66
70-74	105.760	19.27	70.2	45.533	19.55	60.227	19.05
75-79	75.322	13.73	84	29.948	12.87	45.374	14.35
80-84	50.172	9.14	93	17.735	7.61	32.437	10.26
85-89	26.214	4.77	97.8	8.524	3.66	17.690	5.60
90-94	8.976	1.63	99.5	2.579	1.11	6.397	2.02
94-98	2.072	0.37	99.87	555	0.24	1.517	0.48
99 y más	686	0.12	99.99	200	0.08	486	0.15
Total		100			100		100

Fuente: INE. VII Censo General de Población. Uruguay, 1996

Cuadro N° 3: Estimación de la población de 60 y más años por grupos quinquenales y subgrupos de amplitud variable. Uruguay 1950-2025

Grupos quinquenales	1950	Dif.%	1975	Dif. %	2000	Dif. %	2025
60-64	85.281		127.282		142.177		193.644
65-69	69.140		99.136		137.395		171.660
70-74	53.439		76.207		118.474		138.375
60-74	207.860	+45.6	302.625	+31.5	398.046	+26.5	503.679
75-79	37.033		50.939		85.957		109.754
80-84	20.785		28.607		50.865		76.432
75-84	57.818	+37.6	79.546	+72	136.822	+36.0	186.186
85 y más	12.880	+34.5	17.305	+116	37.500	+105	76.835

Fuente: INE. Uruguay: Estimaciones y proyecciones por sexo y edad. Total del país. 1950-2050. Montevideo, 1998.

En muchos de los países avanzados se estratifican las personas de edad (en general se consideran los de 65 y más años) en “viejos- jóvenes” (65-74), viejos (75-84) y viejos- viejos (85 y más), que creemos muy útil para la reflexión sobre las consecuencias del envejecimiento societal y para la previsión de recursos para afrontar el envejecimiento de los individuos. Utilizaremos, por lo tanto, en este documento, tres subgrupos : 60-74, 75-84 y 85 y más (que representaban en 1996 el 70%, el 23% y el 7% de la población de 60 años y más respectivamente) haciendo a veces diferenciaciones según sexo dentro de cada uno.

a. Primer subgrupo: 60 -74

Este primer subgrupo etario incluía en 1996 a 385.492 personas , es decir, un 70% del total de los mayores de 60 años. Su distribución por sexo es desigual . En este grupo se incluyen las $\frac{3}{4}$ partes de los hombres mayores de 60 años y sólo $\frac{2}{3}$ de las mujeres de esa edad. Se estima que en los próximos 25 años los integrantes de este subgrupo aumentarán en un 26.5% para alcanzar los 503.679. Su participación en la totalidad de la población aumentará del 12% actual al 13% en el 2025.

A las personas de este subgrupo es a las que menos se puede aplicar el estereotipo sobre las personas de edad antes mencionado. Buena parte de ellos se encuentran en la etapa más productiva de sus vidas y en la de ingresos más altos y mayores responsabilidades. Gozan de gran autonomía , son mayoritariamente sanos y sólo en circunstancias especiales requieren ayuda de sus familias o de la sociedad. La reciente reforma de la seguridad social en Uruguay estableció para ambos sexos el límite de los sesenta años como edad mínima de retiro para la causal de jubilación común. La tasa de reemplazo para el cálculo del monto de la jubilación común a la edad mínima de retiro se redujo respecto de la tasa anterior previéndose un aumento por cada año en que se difiere el retiro con causal jubilatoria configurada. Es probable que, de no existir limitaciones en la oferta de empleo, una proporción creciente de hombres y también de mujeres optarán por prolongar su actividad y mejorar el monto de su posterior jubilación. Las cohortes que alcanzarán la edad de retiro alrededor del 2020 poseían en 1996 tasas de actividad elevadas (que alcanzan en el caso de las mujeres a $\frac{2}{3}$ de las de ese tramo de edades) lo que contrasta con sólo el 40% de las que tenían entre 30 y 39 años en 1975 y que ahora inician su retiro. Una biografía laboral más prolongada probablemente estimulará en las mujeres, como sucede entre los hombres, el deseo de permanecer en actividad si su situación de salud lo hace posible. La edad mínima requerida para obtener una prestación por edad avanzada es de 70 años.

En el Cuadro siguiente puede observarse la evolución de la tasa de actividad de la población urbana mayor de 60 años, entre 1983 y 1995 por grupo de edad y sexo.

Cuadro N° 4: Tasas específicas de actividad de la población urbana adulta por grupos de edades según área y sexo. 1983-1995

Área y sexo	Año	Grupos de edades			
		60-64	65-69	70-74	75 y más
MONTEVIDEO					
Hombres	1995	60.52	39.59	19.50	6.16
	1983	53.44	30.85	20.08	5.45
Mujeres	1995	28.42	16.72	7.22	2.28
	1983	19.77	10.69	4.95	1.91
INTERIOR URBANO					
Hombres	1995	57.91	30.88	12.67	6.06
	1983	42.91	23.34	11.41	4.01
Mujeres	1995	19.31	9.63	4.59	2.24
	1983	12.79	7.41	1.92	1.00

Fuente: En base a la Encuesta Continua de Hogares del I.N.E. Tomado del Documento Uruguay: Envejecimiento Demográfico y Salud. Estudio Analítico de Datos secundarios. Ana María Damonte. CEPAL, Oficina de Montevideo

Nótese que tanto en hombres como en mujeres los valores de 1995 son mayores que los de 1983 (excepto en el grupo de hombres de 70-74 años en los que hay un ligero descenso vinculable a regulaciones de la seguridad social) y que, dentro de una declinación con la edad, se produce un descenso abrupto después de los 75 años.

La situación conyugal de este grupo etario permite visualizar una mayoría de personas casadas o unidas (61.3%) con proporciones mayores entre los varones (75%) que entre las mujeres (50%), en razón de la mayor cantidad de viudas (31%) que de viudos (6.5%), derivados de una frecuente diferencia de edades en las parejas y de la mayor mortalidad de los hombres. Cuando se examina la información desagregada por grupos quinquenales se observa la evolución del fenómeno de pérdida de la pareja en esa etapa. En el sexo masculino cuya participación en el conjunto de cada grupo quinquenal es decreciente, los viudos pasan del 4% en los 60-64 años a 9.7% en los 70-74. En el sexo femenino, las viudas aumentan del 21.5% al 43% en esas mismas edades, superando en el grupo 70-74 a las que conservan su pareja (39.3%)

La situación que fotografía el Censo de 1996 en lo que hace a situación conyugal corresponde a cohortes que nacieron entre 1922 y 1936. Para los nacidos después de 1946 pueden esperarse cambios vinculados con el descenso de los matrimonios (que comenzaron a disminuir su número absoluto desde 1971, especialmente en Montevideo) y el aumento del número anual de divorcios, sobre todo a partir de 1985, así como el aumento de las uniones libres en las últimas décadas. (8)

Existen en el país cerca de un millón de hogares de los cuales 70% tienen jefatura masculina y 30% jefatura femenina. Los hogares unipersonales, cualquiera sea la edad del jefe, representan el 15%.

b. Segundo subgrupo: 75-84

Los integrantes de este grupo (125.494 personas en el Censo de 1996, lo que equivale a un 23% de los mayores de 60 años) son de sexo femenino en el 62% y masculino en el 38%. La evolución en el tiempo de la magnitud de la población de este subgrupo incluyendo su proyección para los años 2000 y 2025 pueden apreciarse en el Cuadro N° 3.

La participación de este grupo en la actividad económica es difícil de conocer por no estar desagregada en los censos, pero para las personas de 75 años y más su valor es pequeño (6.16% para los hombres y 2.28% para las mujeres). No es aventurado suponer que la gran mayoría de los mayores de 75 años que mantienen actividad económica son menores de 85 y por tanto pertenecen a este subgrupo.

Las diferencias respecto de la situación conyugal entre hombres y mujeres son aún más acentuadas que en el subgrupo anterior. Así, el 68% de los hombres está casado o unido frente al 23% de las mujeres (casi un 60% de las mujeres son viudas).

Puede considerarse que este es un grupo de transición pues participa de características de los subgrupos 1 y 3. Algunos de sus integrantes conservan el buen estado de salud y el vigor físico que es general en el grupo anterior pero son más los que están aquejados por diversos problemas de salud y exhiben fragilidades análogas a los del grupo siguiente.

c. Tercer subgrupo: 85 y más años

Es este el grupo en el cual los estereotipos sobre la vejez se corresponden con mayor frecuencia con la realidad. Su número en el Censo de 1996 era de 37.948 personas, alrededor de 7% de la población de edad (31.2% hombres, y 68.8% mujeres). Se estima alcanzarán los 76.835 en el año 2025. Es el grupo con una tasa de aumento mayor, aunque su proporción sobre el total de los adultos mayores (60 y más) será de alrededor del 7.3% en el año 2025. Prácticamente ausentes de toda actividad económica y con frecuencia afectados por disminuciones de capacidad física y sensorial, exhiben grados altos de dependencia y en los casos en que viven solas (o solos) requieren ayuda frecuente o cotidiana. Este grupo es el más representado en las residencias de ancianos.

Segunda Parte

2. Los grandes temas de las personas de edad

En esta segunda parte, la presentación de las áreas temáticas que se revelan como importantes en la sociedad uruguaya considerará en forma conjunta las reflexiones que tienen como objeto a las personas de edad como individuo y las que se refieren a la sociedad envejecida, a fin de que la consideración de la sostenibilidad de los cursos de acción esté siempre presente.

2.1 El mantenimiento del ingreso.

Como se ha mostrado antes, las tasas específicas de actividad se reducen en la población de personas de edad hasta niveles mínimos después de los 75 años. Desaparecidos los ingresos resultantes del trabajo, la previsión o seguridad social toma su lugar como fuente principal de ingresos.

En el Uruguay los organismos de prevision social se inician en las últimas décadas del siglo pasado, y crecen de tal modo en las primeras décadas del actual, que inducen a que la legislación uruguaya sobre la materia sea considerada como la más amplia y la más avanzada de América Latina. Los últimos sectores importantes (trabajadores rurales y servicio doméstico) son incorporados en 1943.

Los múltiples sistemas profesionales se concibieron como regímenes de capitalización colectiva, pero la rigidez de la política de inversión de fondos, a pesar de los cambios del entorno económico y la ampliación de beneficios dispuesta por el Estado sin su contraparte contributiva, determinaron que se convirtiesen, de hecho, en regímenes de reparto.

A partir del crecimiento de la cobertura se pretendió no sólo mantener el sistema sino incorporarle mejoras y ampliaciones de los derechos adquiridos. Sirva de ejemplo la llamada “ley madre”, que establecía que una mujer que ha trabajado por lo menos cinco años en la administración pública, o un período algo mayor en la actividad privada, podía, al nacimiento de su hijo, retirarse con una pensión vitalicia. Suspendida su vigencia en 1979, se respetaron -como es usual en el país - los derechos adquiridos y existen hoy y lo harán por algunas décadas, beneficiarias de esta disposición.

La crisis de los años setenta, con caídas del salario y una severa reducción de los recursos del Estado, generó una pugna entre sectores y un aumento de conflictividad que contribuyeron al quiebre de la continuidad democrática.

El gobierno de facto reformó la previsión social (Acto Institucional N° 9 de 1979) , aumentó la edad de retiro, eliminó algunas causales y dispuso una fusión de organismos, buscando equilibrar los deficitarios con los superavitarios.

A partir de la recuperación de la democracia en 1985 se corrigió la excesiva centralización realizada por el gobierno de facto. El peso de los aportes estatales crecía, agravando el déficit fiscal. Los montos de las prestaciones fueron erosionados por la inflación hasta que un Referendum de fines de 1990 (votado afirmativamente por el 80% de la ciudadanía) obligó a incorporar en la Constitución, en 1991, la indexación periódica de los montos jubilatorios, lo cual se tradujo en mayores aumentos de los aportes del Estado y del déficit fiscal convirtiendo en prioridad la reforma del sistema. Después de un amplio debate se estructuró una propuesta que fue sancionada (Ley 16.713 del 3 de septiembre de 1995).

El nuevo sistema mantiene un componente de solidaridad intergeneracional y adiciona otro, para ingresos que superan un monto establecido, de capitalización individual. Para éste último se

crean administradoras de fondos previsionales (existen varias privadas y una del Banco de la República, organismo que pertenece al Estado y que ha sido elegida por una gran cantidad de aportantes). No se afectaron los derechos adquiridos, estableciéndose reglas claras para el período de transición.

La sostenibilidad del sistema, en líneas generales, no puede descartar que, para el mejoramiento de la relación activos/pasivos y también para no desaprovechar capacidades y talentos socialmente útiles, no convenga en el futuro aumentar la edad efectiva de retiro, en forma flexible, a fin de contemplar diferentes circunstancias individuales.

Se puede afirmar que la cobertura previsional de personas de edad es muy amplia en Uruguay. En 1993 - antes de la reforma- existían en el país unos 392.000 adultos de 65 y más años. En ese año los jubilados del BPS ascendían a 258.850 , los pensionistas a 61.863 y los beneficiarios de pensiones por edad avanzada a 10323, sumando en total 331.036. Debe tenerse en cuenta que existen personas (sobre todo mujeres) que son , al mismo tiempo, jubilados y pensionistas , lo cual explica que el número de prestatarios pueda superar al de personas de ese grupo de edad. Un estudio mostró en 1992 (utilizando datos del censo de 1985) que un 14% de población de 65 y más años no percibía ningún ingreso de jubilaciones o pensiones o de la actividad económica . *“El monto de las prestaciones jubilatorias no es alto. La tasa de aportación de equilibrio descendió durante los 80`s y se recuperó parcialmente después de 1988 (Ley 15.900) y sobre todo de 1991 (Reforma Constitucional). A pesar de esta recuperación, en 1993 , el 58.7% de los jubilados percibían un valor equivalente a dos salarios mínimos o menos y sólo el 41.3% superaba ese límite de por sí bajo.*

Por todo lo anterior no es de extrañar que las encuestas continuas de hogares del Instituto Nacional de Estadística registren jubilados que trabajan (12.6% en 1993) proporción que es algo mayor entre los que tienen un ingreso de dos salarios mínimos o menos (12.8%) que los que están por arriba de ese límite (12.0%). Es casi seguro , además , que buena parte del trabajo de personas jubiladas no se declare. En los estudios sobre satisfacción insatisfacción de necesidades básicas se puede constatar que *“a diferencia de lo que sucede en muchos países, las personas de 60 años y más exhiben porcentajes significativamente menores de necesidades básicas insatisfechas que las de 15 a 69 años”.*

Cuadro N°5 : Porcentaje de personas con necesidades básicas insatisfechas por grupo de edad y área geográfica según la Encuesta Continua de Hogares de los años seleccionados

	TOTAL		0-14 años		15-59 años		60 años y más	
	Monte-video	Interior urbano	Monte-Video	Interior urbano	Monte-video	Interior urbano	Monte-video	Interior urbano
1984	14.7	28.9	26.7	42.1	13.0	26.2	5.0	15.1
1989	12.5	22.8	22.7	35.8	11.2	20.1	4.4	11.1
1994	9.1	17.3	17.3	27.6	8.5	15.6	3.1	9.4
1995	9.1	13.6	18.0	23.6	8.2	12.3	3.0	5.2

Fuente: Programa FAS/INE y Cooperación Técnica OPP-BID sobre la base de información aportada por las bases de la Encuesta Continua de Hogares de los años 1984, 1989, 1994 y 1995

2.2 El envejecimiento de la fuerza de trabajo

En la mayor parte de los países se considera como población en edad de trabajar a la que tiene entre 15 y 64 años. Su relación con la de menores del límite inferior y con los mayores del límite superior establecen la llamada relación de dependencia, que también puede calcularse separadamente para menores de 15 y mayores de 64 años. En el interior del grupo de 15 a 64 años también se producen cambios de la estructura por edad, tal como puede observarse en le siguiente cuadro.

Cuadro N°6 : Estructura por edad de la población de 15 a 64 años. Uruguay, 1950, 1975, 2000, 2025 y 2050.

	1950		1975		2000		2025		2050	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
15-24	394.751	27.7	441.189	24.9	526.909	25.5	555.578	22.2	560.639	20.8
25-34	330.762	23.3	369.568	20.8	474.353	22.8	550.133	21.9	548.385	20.5
35-44	290.032	20.3	362.692	20.5	426.765	20.6	504.864	20.1	543.247	20.3
45-54	235.235	16.5	338.859	19.1	354.535	17.1	498.122	19.9	539.323	20.0
55-64	173.420	12.2	260.782	14.7	296.974	14.2	397.607	15.1	493.359	18.4
Total	1.424.200	100	1.773.083	100	2.079.536	100	2.506.304	100	2.84.953	100
%15-64 / total	63.6		62.6		62.3		64.1		61.5	

Fuente: INE Uruguay. Estimaciones y proyecciones de la población por sexo y edad. Total de País. 1050-2050. Montevideo. 1998

La proporción de la población en edad de trabajar respecto de la total en todas las edades que se redujo ligeramente entre 1950 y 1975 se mantendría en el nivel de 2000 hasta el 2025 y volvería a descender después para alcanzar su menor valor del período considerado en el 2050. (3.3% inferior a 1950)..

La oferta de trabajo no sufrirá una contracción importante pero dentro del grupo en edad de trabajar ocurrirá un envejecimiento paulatino, por el cual la proporción de menores de 35 años pasará de 25.5% en el 2000 a 20.8% en el 2050, en tanto que los mayores de 45 años aumentarán de 31.3% a 38.4%.

El envejecimiento de la fuerza de trabajo no parecería constituir un problema con las tendencias de cambio del trabajo (creciente utilización de tecnología y disminución de la utilización de fuerza física). El *"conocimiento ha llegado a ser el capital de una economía desarrollada, y los trabajadores de conocimiento el grupo que pone en pie los valores y las normas de la sociedad "....."La educación mueve la economía. Modela la sociedad. Pero lo hace a través de su producto: la persona formada". (9)*

El Uruguay es un país de ciudadanos educados. Los promedios de años de estudios aprobados para las personas mayores de 12 años aumentan, como es esperable para esa etapa de la vida, hasta alcanzar su valor máximo en el grupo de 20 a 24 años: 7.34 años de estudio aprobados en

promedio (7.04 años en los varones y 7.78 años en las mujeres). A partir de esa edad disminuyen progresivamente alcanzando 6.14 años a los 45-49 , 5.06 años a los 55-59 y menos de 4 años a partir de los 70. Las cohortes que ingresarán en las próximas décadas en el grupo de personas de edad serán cada vez más educadas. Investigaciones realizadas por la Oficina de la CEPAL hace unos años pusieron en duda la adecuación de la educación escolar para las necesidades laborales de los tiempos actuales. La Reforma Educativa en curso pretende aumentar esa adecuación, la que no debería buscarse solamente en la escuela sino en el ámbito de la educación en su sentido más amplio (que incluye la capacitación laboral). Tal vez la creación de una oferta de trabajadores formados no sea suficiente y deba promoverse también el desarrollo de la demanda para que esa oferta se traduzca en aumentos de calidad de la producción y de productividad. El contexto global en el que se desarrolla el empleo no facilita esas transformaciones, de todos modos necesarias.

La O.M.S. publicó en 1993 el informe de un grupo de estudio que dedicó sus esfuerzos a analizar el tema del envejecimiento y la capacidad de trabajo. *“En general, la capacidad para el trabajo físico parece disminuir más pronto que la capacidad mental”*. (10) En una obra reciente de OIT (11) se afirma que, contra el prejuicio extendido, *“no existe prueba alguna que demuestre que el funcionamiento cognositivo y la capacidad de aprender disminuyen con la edad”.....“existen pruebas abundantes de que el ser humano puede seguir aprendiendo a cualquier edad. La capacidad intelectual, entendida en un sentido amplio, no disminuye”*.

Pero hay otra variable en Uruguay - como en casi todos los países de América Latina y algunos de Europa - que tiene y tendrá influencia en esta posibilidad de aprovechamiento social de la capacidad de las personas de edad: el empleo. Desde la perspectiva de los Estados Unidos Peter Peterson manifiesta preocupación por la contracción de la fuerza de trabajo derivada del envejecimiento y considera que conseguir que la gente se retire más tarde será muy difícil y que *“una amplia inercia conductual circunda aún las expectativas de retiro temprano en el mundo desarrollado”*, por lo cual imagina como solución posible favorecer el aflujo migratorio. (12).

En América Latina y parte de Europa la visión es diferente. El empleo escasea y no sólo no se piensa en favorecer a flujos migratorios sino que, sobre todo en Europa, la competencia de los inmigrantes alimenta xenofobias que a veces terminan en homicidios y violencias. El empleo se convierte en la variable clave que permitirá u obstaculizará en estos países, la prolongación del período productivo y su adecuación a una prolongada duración media de la vida.

Sin la pretensión de que pueda considerarse como una solución al problema en razón de su magnitud probable, cabe destacar que el envejecimiento puede constituir un *“yacimiento de empleos”* , por cuanto el aumento importante del número de personas de edad mayores de 75 y sobre todo de 85 años, requerirá probablemente magnitudes crecientes de ayuda domiciliaria, transportes, cuidados especiales, atención médica, etc. Es probable también que el aumento mayor en números absolutos de las personas de 60 a 75 años pueda constituir una fuente para satisfacer algunas de las necesidades planteadas por las personas de edades avanzadas.

Para hacer posible futuros aumentos de la edad de retiro sin comprometer el aumento de productividad y la modernización de las economías, las actividades de capacitación deberían mantenerse y si es posible reforzarse en los trabajadores mayores de 50 años. Como en la aptitud física, las aptitudes funcionales psíquicas y la capacidad para aprender se refuerzan con la

capacitación...."La aptitud para aprender se mantiene por un ejercicio regular de tipo intelectual"...(13) La utilización de personas de edad como capacitadores o docentes de programa de capacitación para sus coetáneos ha sido poco explorada pero merecería probarse. Lo que se está proponiendo para Uruguay es, en síntesis, la promoción de un cambio sobre lo que la sociedad espera de las personas de edad - especialmente del primer grupo - y preparar a las cohortes que llegarán a los 60 años próximamente para que aquellos que puedan y deseen hacerlo, prolonguen su vida activa, sin tratar de cumplir lo que suponen es lo que se espera de ellos: que den un paso al costado, que dejen pasar a los que vienen, y sin reaccionar ante posibilidades de capacitación con expresiones del tipo de "ya no vale la pena".

Conviene destacar que en Uruguay, como en otros países de la región, se sigue utilizando el retiro anticipado como medio para la reducción del personal de la Administración Pública o como mecanismo para abaratar los gastos de personal en la actividad privada. Se trata de una práctica que debería proibirse, por cuanto amenaza la viabilidad financiera de la seguridad social y aumenta la magnitud de las consecuencias sociales indeseables del envejecimiento poblacional.

2.3 Vivienda

Como fue ya mencionado, existen en el país casi un millón de hogares (970.037) en el censo de 1996, de los cuales $\frac{1}{4}$ parte (241.465) tienen como jefe de hogar a una persona de 65 o más años (57% de ellos son varones, y 43% mujeres). Entre los jefes hombres (138.190) un 23.5% de ellos son económicamente activos y un 76.5% inactivos. Entre las jefas mujeres (103.275) sólo el 10% son económicamente activas, situación que se explica por la menor tasa de actividad de las mujeres en general - y las de esas cohortes en particular - por una parte, y la edad de retiro menor para la mujer en la legislación vigente todavía para esas cohortes - 55 años- .

El Censo de 1996 no permite todavía conocer la proporción del conjunto de los jefes de hogar de ambos sexos que son inactivos económicamente en relación a su carácter de propietarios, arrendatarios o usufructuarios de su vivienda. En el total de la población, la proporción de propietarios aumentó entre 1985 y 1996 del 57% al 63%.

En 1985 los jefes de hogar de 65 años y más eran propietarios en un 68% siendo el resto arrendatarios o usufructuarios (la categoría de ocupantes de hecho era mínima en hogares con jefes de esa edad, 054%).

Una proporción importante de las personas de 65 y más años viven solas. Los hogares unipersonales en el censo de 1996 eran 164.232, un 16.9% del total de hogares particulares. La población de los mismos representaba un 5.3% del total de la población. En el país urbano, el 61% de los hogares unipersonales tienen un jefe de 65 y más años, de donde surge que un 27% de la población urbana mayor de 65 años vive sola. En la comparación internacional, el porcentaje de personas de 65 años y más que viven solas oscila entre 10% en Japón y 40% en Suecia. El predominio femenino entre los jefes de hogares unipersonales crece con la edad desde un 73.9% en el grupo de 65 - 69 años hasta un 89.4% entre los de 85 años y más.

La ley 15.900 de 1987 dispone que el impuesto que grava a las jubilaciones y pensiones servidas por el BPS está exclusivamente destinado a la construcción de viviendas para servir las

necesidades de jubilados y pensionados. El programa de vivienda para jubilados y pensionados del BPS así originado se dirige a aquellos cuya asignación mensual no supera los dos salarios mínimos nacionales. El Poder Ejecutivo determina los criterios de adjudicación, estando a cargo del BPS el relevamiento anual de pasivos interesados, el registro nacional de aspirantes, la proyección quinquenal de la demanda y la adjudicación - previo relevamiento socioeconómico y estudios técnicos del interesado y su familia - así como la administración del régimen de vivienda (transferencia de dominio, control de destino, mantenimiento de los inmuebles, etc).

El BPS ha solicitado (desde 1994) unas 5.600 viviendas y ha recibido unas 1.600 (42% de ellas en Montevideo y 58% en el Interior). El Banco Hipotecario tiene todavía 77 viviendas en construcción en tanto que el MVOTMA posee poco más de 1600 en construcción.

2.3.1 Viviendas colectivas

En el Censo de 1996 el número de personas alojadas en todos los tipos de hogares colectivos eran 52.815 (1.66% de la población total) en residenciales para ancianos se registran 10.061 , pero es posible que algunos otros estén registrados en hospitales, asilos u otros (entre los que se totalizan 25.345 personas). Se pueden excluir, como vivienda habitual de las personas de edad avanzada, a los hoteles, paradores y moteles, a las residenciales de estudiantes y a las casas de peones.

Según estimación de algunos expertos, las personas de edad que viven en hogares colectivos alcanzarían a unos 12 mil en todo el país lo cual representa poco más del 2% de las personas de 60 años y más, aunque en algunos trabajos se mantiene la proporción de 4% que surgía, para mayores de 64 años, del Censo de 1985. En algunos países ricos la proporción de personas de 65 años y más en instituciones análogas a las residencias para ancianos - nursery home- es de alrededor de 5%.

Las residencias para ancianos se denominaban corrientemente "*Casas de Salud*" denominación que incorporó un decreto de 1965 y se refería a las que albergaban ancianos, enfermos o convalecientes y que el uso extendió después ,abarcando también a personas de edad en estado de buena salud.

El BPS, a través de su Unidad de Promoción Social, estableció un Registro nacional de Instituciones Adheridas (entidades privadas sin fines de lucro con personería jurídica y organismos públicos que brindan servicios sociales). A través de esa actividad se cuenta con un registro de 89 hogares (64 en el Interior y 25 en Montevideo) que albergan unas 3.343 personas.

Las residencias para ancianos que se conocen corrientemente como Casas de Salud deberían ser habilitadas por el MSP, en cuya división de Coordinación y Control se mantenía el Registro. En abril de 1996 el entonces Programa Nacional de Solidaridad con el Adulto Mayor, con el apoyo del Programa de Fortalecimiento de las Areas Sociales (FAS/OPP/BID/PNUD) realizó una investigación sobre los alojamientos de adultos mayores en Montevideo. Se comprobó la insuficiencia del registro existente (se relevaron 86 de los 135 registrados) y en funcionamiento, así como 22 de 35 no autorizados que se pudieron localizar en ese momento. En los 108 establecimientos relevados residían 2077 personas (72% mujeres) En un 60% de los establecimientos existían algunos residentes inválidos pero el total de los inválidos fueron 166

(8% de los 2073 residentes). En este estudio no se obtuvo información sobre la composición por edades de la población, ya que el interés de los investigadores estaba referido a las características físicas y servicios disponibles en los establecimientos.

En diciembre de 1998 se sancionó la Ley 17.066, tras una larga gestión parlamentaria. Se puede aventurar la opinión de que las residencias para ancianos en calidad y cantidad adecuadas, son en el país una asignatura pendiente. Una mayor y mejor coordinación de instituciones, incluidas algunas instituciones financieras, podrían cambiar una situación que la opinión pública siente "como una deuda impaga" y "como un problema de conciencia" para la sociedad.

La proporción de personas de edad "institucionalizadas" es menor que la de otras sociedades envejecidas. Es difícil saber si esto se explica por el déficit cualitativo y cuantitativo de las residencias, o por el deseo - y la posibilidad de materializarlo- de los mayores autónomos de mantenerse en sus domicilios, o por la fortaleza de los lazos familiares. Tal vez cada una de estas razones se combinen, quién sabe en qué proporción en la configuración de la realidad actual.

En el país no se han desarrollado los tipos de servicios que, en otras partes del mundo, buscan reducir la necesidad de institucionalización (servicios domiciliarios, servicios de alimentación y de lavado de ropas, etc. Comienzan a aparecer centros diurnos, a veces bajo la modalidad de clubes de personas de edad, no sólo en Montevideo sino también en ciudades y pueblos del Interior.

2.4. La atención de la salud de las personas de edad en Uruguay

El MSP considera que sus servicios son subsidiarios y alienta un mayor desarrollo de las IAMC las cuales desde hace décadas suman al seguro voluntario el seguro obligatorio para los trabajadores en actividad que integran el sistema de seguridad social (no así a sus familiares). En los últimos años el BPS ha comenzado a financiar la incorporación a estas instituciones de jubilados y pensionistas, comenzando por los de menores ingresos, conviniendo con las IAMC mecanismos que permitan conservar su delicado equilibrio financiero.

La cobertura de salud de los jubilados en Uruguay fue objeto de una investigación del BPS en 1992, utilizando la Encuesta Continua de Hogares del INE. La muestra - restringida al país urbano- abarcó 32.756 personas, de las cuales 4.737 eran jubilados. Los servicios de las IAMC cubrían un 60% de las personas de edad, en tanto que un 25% se atendía en servicios públicos y un 3% declaró no tener cobertura.

En 1996 (y de acuerdo a los datos del Censo de ese año referidos a todo el país y no sólo al país urbano) la cobertura en las IAMC de las personas de edad es de un 60% en tanto se aproxima a 30% la de niños y adolescentes (0 a 19 años). Entre los adultos, la proporción de afiliación a IAMC aumenta a medida que aumenta la edad (recuérdese que la población activa es el sujeto del seguro obligatorio) hasta los 89 años, disminuyendo ligeramente después hasta los 94 y en mayor proporción a los 95 años y más.

A partir de los 60-65 años se produce una notable reducción de la proporción de población sujeta al seguro obligatorio, no obstante lo cual la proporción cubierta por las IAMC se mantiene (y

crece ligeramente) hasta los 89 años disminuyendo en pequeña proporción hasta los 95 y en forma más acentuada después. En 1995 se realizó un Censo de afiliados en las IAMC que arrojó un total ligeramente superior a 1 millón y medio de personas. El 14.3% de ellas tenían 65 años y más (un % algo mayor que en la población total).

Como se mencionó en la primera parte de este documento, en varios países con envejecimiento poblacional importante se ha constatado que los aumentos del gasto derivan menos del aumento del número de personas de edad que del aumento del gasto per cápita. El único subsector del sistema de servicios del Uruguay para el cual existe información de costos (en realidad, costos variables o asociados) por grupos de edades es el de las IAMC de Montevideo, en las cuales las personas de 65 años y más exhiben un costo superior 4.1 veces al de las personas de 15 a 44 años, ligeramente superior en los hombres que en las mujeres. Si se compara con el costo promedio para todas las edades, el de los adultos de 65 y más años es 2.1 veces mayor.

Es posible que la capacidad de las IAMC uruguayas para absorber el aumento de la proporción de adultos mayores y de edad avanzada en los últimos años sin que se produjeran catástrofes financieras esté vinculada con la inexistencia, en ese período, de los aumentos de la utilización per cápita que señalan los autores mencionados en la primera parte, sobre todo Barer y colaboradores. (14)

Cabe destacar que desde 1979 el país cuenta con un organismo (Fondo Nacional de Recursos) que permite a toda la población acceder a los servicios de mayor complejidad y costo. El Fondo se financia a través de un porcentaje de las cuotas de afiliación de las IAMC y el pago por parte del Estado de los servicios recibidos por los pacientes cubiertos por el sector público. Esto significa que para los servicios de mayor complejidad opera una financiación solidaria más amplia que la que en cada institución de seguro voluntario se establece.

Si la atención de alta complejidad ha sido objeto de una original organización de la solidaridad, la atención buco-dental (excepto en los menores de 12 años y las embarazadas) está excluida de la atención que otorgan las IAMC. Los servicios públicos, escasos, se limitaron hasta hace pocos años casi exclusivamente a realizar extracciones. En el último decenio se han iniciado medidas de prevención de escala poblacional (fluoruración de la sal) pero sus resultados se reflejarán en las personas de edad dentro de muchas décadas. Mientras tanto, la atención buco-dental de las personas de edad, en su mayor parte privada, establece las previsibles diferencias de la cantidad y calidad de las rehabilitaciones orales según las posibilidades económicas de los pacientes. Algunos seguros parciales comienzan a implementar atención odontológica y también la Asociación Odontológica Uruguay ha considerado organizar un seguro voluntario. La cooperación internacional podría resultar decisiva para generalizar organizaciones de la atención que hagan posible para el grueso de la población de edad el acceso a estas prestaciones. Las cohortes que sucesivamente ingresarán a las edades aquí examinadas irán reflejando en su situación buco-dental los cambios ocurridos en la práctica odontológica, reduciéndose progresivamente los signos de acumulación iatrogénica y apareciendo los que corresponden a comportamientos higiénicos más adecuados y a tratamientos más conservadores.

Como puede deducirse de lo presentado hasta aquí, los servicios de salud del país han intentado en la última década adecuarse al escenario epidemiológico postransicional. Aunque existen

déficits de información y transformaciones necesarias por realizar, no es menos evidente que desde los servicios estatales y desde las IAMC se ha tratado de orientar la atención hacia las necesidades de la población adulta y de edad. El cambio del modelo de atención de episodios por el requerido de atención de procesos tiene una operacionalización parcial y escasa, pero en general se acepta que debe constituir el objetivo para el futuro. Son muchas las acciones previstas desde el MSP y desde las IAMC para completar un proceso de adecuación ya iniciado.

2.5 Educación y personas de edad

El porcentaje de personas de edad analfabetas ha disminuído en las dos últimas décadas de 17.4% en 1975 a 8.3% en 1996. (de 18.2% a 9.6% en los varones, y de 16.8% a 7.4% en las mujeres), reflejando los aumentos de cobertura de la educación primaria en las primeras décadas del siglo. Por la misma razón, el porcentaje de analfabetos de las personas de 85 años y más (15%) es mucho mayor que el de las de 65 a 84 años (7.6%).

En la población de 12 años y más, el promedio de años de estudio alcanza su valor máximo en el grupo de 25 a 29 años y se reduce paulatinamente en los de mayor edad.

En los programas de educación para adultos del sistema público de educación no se fija ningún límite de edad , a pesar de los cual es infrecuente que asistan personas de más de 75 años. En el tramo de 60 a 74 años los que concurren para adquirir la habilidad de escribir o de leer (no siempre carecen de ambas) se incorporan a grupos de adultos de todo el espectro de edades. Las personas de edad esperan con mayor frecuencia que otros adultos y sobre todo más que los adultos jóvenes , que la enseñanza que reciben se parezca a la que recuerdan caracterizaba a los primeros grados de la educación escolar cuando eran niños. Se sorprenden cuando se les plantean temas de actualidad o se omiten las prácticas usuales de la educación infantil - deberes, copias del pizarrón, etc.-. Sin embargo, se adaptan bien a la nueva modalidad y hasta el ritmo más rápido que demandan sus compañeros más jóvenes. Se sorprenden gratamente y se sienten reconocidos cuando se los induce a exhibir conocimientos que han incorporado a lo largo de sus vidas y evocar sucesos que recuerdan por haberlos vivido, y de los cuales sus compañeros más jóvenes sólo han escuchado hablar.

Las personas de edad alfabetas - que son la mayor parte en la actualidad- y alcanzarán aún una mayor proporción en el futuro- disponen en Montevideo de una oferta de servicios educativos en instituciones de nivel secundario y de nivel terciario.

Por ejemplo el Instituto Crandon, escuela primaria y secundaria con más de un siglo de experiencia, ofrece cursos de informática creativa para mayores de 60 años, con costos reducidos. Uni-3, institución privada con auspicio de UNESCO, ofrece cursos sobre distintos temas sin limitaciones de edad ni exigencias de constatación de estudios previos. También en instituciones específicamente destinadas a personas de edad se ofrecen cursos y talleres. Por ejemplo, el Centro Interinstitucional de Colaboración con el Adulto Mayor, ofrece cursos de informática, y cursos y talleres de capacitación. Un gran número de instituciones ofrece educación artística (música, pintura, literatura).

En la Universidad Católica del Uruguay, el Centro de Estudios e Investigaciones Gerontológicas realiza una variedad de cursos y talleres, por ejemplo, los mencionados en la experiencia de relacionamiento intergeneracional del "Programa Abuelos por Elección". que se describe más adelante.

Ya fue mencionada la intención de ampliar los límites etarios de la capacitación laboral, así como de explorar la incorporación de personas de edad en los equipos de capacitadores. Para las personas de edad, que poseen los estudios previos requeridos, la Universidad de la República permite, sin limitaciones de edad, el ingreso a sus Facultades.

La información presentada se limita a actividades e instituciones de Montevideo, por no haberse podido identificar otras similares en el Interior, lo que no necesariamente significa que no existan.

Más allá de lo que podría considerarse pertinente como acciones educativas, las culturales y recreativas también han sido objeto de atención. Desde 1997 existe una "Guía de Servicios y Recursos para Personas de Edad" publicada por la IMM. Un servicio del Instituto Nacional de la Familia y la Mujer ofrece información y asesoramiento a los adultos mayores, especialmente a aquellos en situaciones de riesgo.

Todas las acciones reseñadas se han ido desarrollando a medida que la sociedad tomaba conciencia de las necesidades y capacidades de sus adultos mayores que crecían en número y proporción. La mayor parte de los que los utilizan pertenecen al primer subgrupo (60 a 74 años)

2.6 Las relaciones intergeneracionales en Uruguay

La sociedad uruguaya ha sido algunas veces calificada de "hiperintegrada". Sin entrar en el análisis de la posibilidad de una integración excesiva, se puede afirmar que según la opinión general se comporta como una sociedad integrada, aunque existan evidencias de amenazas y signos de deterioro de esa integración.

En los últimos 50 años, el crecimiento vegetativo ha sido moderado. En quince de los diecinueve departamentos del país, la proporción de nacidos en cada uno de ellos respecto del total de los residentes oscila entre el 80 y el 89%. En ellos, la población es predominantemente urbana. El único aglomerado mayor de un millón de habitantes es Montevideo, sin que ninguno de los otros alcance a 100.000 habitantes.

Estas características de distribución y permanencia en los lugares, así como las magnitudes de población de los mismos, son el sustrato del relacionamiento de la sociedad y de las unidades primarias que nuclea a sus miembros: las familias. Se atesoró allí un importante capital social. Algunos investigadores hacen notar evidencias de que ese capital se está deteriorando, aunque la sociedad no lo perciba, y que las transformaciones de la familia en épocas recientes no son ajenas a ese deterioro.

Decía hace unos pocos años el Presidente de los uruguayos *"no puede hablarse de desarrollo sin que merezca un párrafo la institución social por excelencia: la familia, asunto no del todo bien estudiado en las perspectivas de su realidad actual. La disgregación del individuo, esa ajenidad*

desencantada, esa indiferencia cuasi-militante y esa soledad que navega en las orillas del nihilismo postmodernista , son el producto de un arrinconamiento de la familia como unidad esencial."(15).

A pesar de su posible deterioro, Uruguay tiene todavía magnitudes elevadas de capital social. Los lazos familiares siguen constituyendo una red con capacidad de contención y siguen siendo la base del relacionamiento intergeneracional. Sólo así se puede entender lo difícil que resulta explicar a un público uruguayo lo que en otras sociedades se augura como el gran conflicto del futuro próximo. O la reducida magnitud de la institucionalización de las personas de edad que fue comentada anteriormente.

Aunque el conflicto intergeneracional parece no existir, algunas instituciones desarrollan actividades destinadas a fortalecer el relacionamiento intergeneracional al exterior de las fronteras de la institución familiar.

La Unidad de Promoción Social del BPS organiza reuniones intergeneracionales en las cuales pone en contacto a jubilados y pensionados con escolares. En el departamento de Canelones funciona un Centro Intergeneracional que reúne en un predio un hogar para Adultos Mayores, una guardería y una biblioteca para jóvenes. Se proyecta replicar la experiencia en otro centro urbano del mismo departamento.

En la Universidad Católica del Uruguay se desarrolla desde 1992 un Programa Intergeneracional denominado "Abuelos por Elección". Después de cursos de capacitación de noventa horas, los adultos mayores son invitados a actuar como "abuelos- amigos" que visitan semanalmente a los menores de los hogares del INAME. Los adultos mayores perciben como altamente beneficiosa su participación en los módulos de capacitación, y se sienten muy gratificados por las relaciones afectivas que establecen.

Es posible que actividades de este tipo puedan consolidar y ampliar ese voluntariado que resulta tan valioso en algunas sociedades avanzadas, y cuyo desarrollo en América Latina se muestra escaso y difícil.

2.7 Políticas e instituciones para las personas de edad

Existen en la sociedad uruguaya como se ha visto, organismos e instituciones que satisfacen necesidades de seguridad, sociabilidad, reconocimiento y autosatisfacción, probablemente en cantidad menor que la deseable. Han surgido en su mayor parte espontáneamente y su promoción y apoyo podría inducir su multiplicación. La política general en materia de ancianidad es, clara y explícitamente, competencia del Poder Ejecutivo. La multitud de organismos públicos que deben implementarla exige un alto grado de coordinación, siempre difícil de obtener. Como en otros campos, es probable que la cooperación internacional pueda ayudar al logro de la tan necesaria como difícil coordinación. Es oportuno reiterar que el país ofrece condiciones excepcionalmente favorables para la realización de investigaciones sobre los diversos aspectos del envejecimiento de la sociedad y del contingente numeroso de personas de edad, así como para la prueba de cursos de acción o modelos alternativos de servicios. Completada su transición demográfica y alcanzado el equilibrio a través de un crecimiento bajo pero sostenido, el porvenir próximo se perfila con

cambios de reducida proporción. Los valores vigentes en la sociedad uruguaya han permitido el desarrollo de una sociedad integrada, que se esfuerza por corregir inequidades y exclusiones. La conservación de esa vigencia y aún su perfeccionamiento son el mejor camino para una sociedad para todas las edades.

NOTAS BIBLIOGRAFICAS

1. SOLARI A.E., El fenómeno del envejecimiento de la población uruguaya. Rev. Mex. de Sociol. Abril -Junio 1957. Vol. XIX, Nº 2
2. SOLARI A.E. , El envejecimiento de la población uruguaya, treinta años después. Cuadernos del CLAEH , 1987, 43:7-26.
3. NOTESTEIN F.W., The economics of population and food supplies. Proc. of the 8th. Internat. Conference of agricultural economics. London. 1953. pp.1331.
4. VERONELLI J.C. , NOWINSKI A. , HARETCHE A. y ROITMAN B., La salud de los uruguayos. OPS. Nordan , Montevideo , 1994.
5. OPS/OMS , Estadísticas de Salud de las Américas, 1995. Publicación Científica Nº 556. Washington D.C. 1995.
6. MC NEILL W.H., La búsqueda del Poder: Tecnología, Fuerzas Armadas y Sociedad. De. Siglo XXI, México, 1988. pp. 273 y siguientes
7. OMS, Epidemiología y Prevención de las Enfermedades Cardiovasculares en los Ancianos. Serie de Inf. Téc. Nº 853. Ginebra 1995.
8. FILGUEIRAS C., Sobre Revoluciones ocultas: la Familia en el Uruguay. Reproducido en Naciones Unidas (50) pp.187-222.
9. DRUCKER P.F., Las nuevas Realidades. EDHASA. Barcelona. 1989
10. OMS, El Envejecimiento y la capacidad de Trabajo. Informe de un grupo de estudio. Serie de Inf. Téc. Nº 835, Ginebra 1993.
11. PLET P.C. y LESTER B.T. , Capacitación de las personas de edad . OTT, Ginebra 1993, pág. 26.
12. PETERSON, P.G., Gray Down. Times Boocks. Random House, N.Y. 1999.
13. LOWE J. , La Educación de Adultos. Perspectivas Mundiales. UNESCO. Ed. Sígueme , México, 1976, pp.49 y 51.
14. BARER M.L., EVANS R.G. , HERTZMAN C. Avalanche or Glacier? Health Care and the Demographic Rhetoric. Canadian J. on Aging, 1995, Vol.14. Nº 2: 193-224. Véase también MALCOLM L. Thats Population Ageing significantly increases Health Care Costs? In OMS Future Health of Ageing . Geneva. 1993.
15. SANGUINETTI, J.M. Los nuevos caminos. Círculo de Montevideo, PNUD, Montevideo, septiembre de 1996.

III.6 LOS CAMBIOS DE LA POBLACIÓN Y LA SITUACIÓN, PERSPECTIVAS Y CONSECUENCIAS DEL ENVEJECIMIENTO EN MÉXICO

*Raúl Benítez Zenteno*¹

PRESENTACIÓN

A partir del inicio de los años noventa empieza a llamar la atención el envejecimiento de la población en México, y en el último quinquenio los estudiosos de la población, de la salud y de seguridad social, sobre todo en el ámbito de los sistemas de pensiones, le dan mayor atención. Lo anterior ha despertado el interés de las cámaras de diputados y de senadores a través de sus respectivas comisiones de población y desarrollo, así como la de autoridades del Distrito Federal, los que han auspiciado diversos eventos. Con las últimas proyecciones oficiales de población hasta el año 2050, dadas a conocer en 1997 a los demógrafos para su discusión y publicadas en 1998, se amplía el interés. Al interior del gremio de demógrafos el tema se considera relevante y forma parte de la agenda de las reuniones académicas desde diversos campos disciplinarios, sobre todo el actuarial, el de salud y seguridad social, el sociológico al que se incorporan recientemente los analistas del ámbito laboral. Por otra parte, se dispone de información reciente como la del Conteo de Población de 1995; las encuestas de empleo urbano de 1991 y 1996; las encuestas de ingresos y gastos de los hogares de 1994 y la de 1996; y las encuestas nacionales de la dinámica demográfica de 1992 y la de 1997. Las proyecciones de población mencionadas consideran el conteo de 1995, de ahí su actualidad, además de que se dispuso para su elaboración de cinco proyecciones realizadas durante los últimos 10 años: las del Banco Mundial (1994), el Buró del Censo de los Estados Unidos (1994), las de Naciones Unidas (1995) y las realizadas por el propio Consejo Nacional de Población (CONAPO) en 1989 y en 1995.

De diversos artículos y libros publicados sobresale el más reciente del CONAPO (julio de 1999), que incorporó los trabajos presentados al *Taller sobre envejecimiento y políticas de población*, realizado a fines de noviembre de 1998, organizado por el CONAPO y las comisiones de población y desarrollo de las cámaras de senadores y diputados. Como puede apreciarse, el proceso de envejecimiento de la población mexicana y algunas de sus consecuencias más relevantes forman parte de la “agenda” de discusiones de la política de población, pero aún no logra ser considerado como uno de los grandes problemas nacionales.

En el desarrollo del documento he preferido una visión secular de parcialidades, que incluye a la práctica política, buscando una mayor comprensión del proceso de cambio demográfico que se muestra como irreversible en su tendencia hacia mediados del siglo XXI, asociándolo al crecimiento económico y algunos problemas de lo social sobre todo en el ámbito neoliberal a partir de 1980. Siguiendo esta estrategia se facilita la comprensión de la situación, perspectivas y consecuencias del envejecimiento, que constituye a mi entender, uno de los más grandes problemas nacionales que tendrá necesariamente que enfrentarse. No podemos, de nueva cuenta,

¹ Investigador Emérito de la Universidad Nacional Autónoma de México e Investigador Nacional Emérito (benitez@servidor.unam.mx).

desatender las múltiples interrelaciones entre la población y el desarrollo, sobre todo por los requerimientos de la población en los diversos segmentos de edad y en los muy variados sectores que integran su gran diversidad cultural. El conocedor de lo demográfico sobre México puede leer con rapidez el apartado I, que se refiere al siglo XX.

INTRODUCCIÓN

Ya es común la consideración de diferencias importantes en los procesos de transición demográfica, sobre todo entre los países desarrollados y los países pobres, y se aceptan, de acuerdo a la experiencia empírica mundial, como cambios irreversibles. Se ha logrado, tanto entre los estudiosos de la población, como en los organismos internacionales, generalizar, prácticamente sin discusión, que tales procesos son benéficos, lo que amplía el consenso de que las orientaciones que llevaron a la búsqueda de un plan de acción mundial sobre población y políticas de población nacionales, que impulsaran la reducción de los muy elevados crecimientos demográficos, fueron correctas. Mas aún, cuando, merced a los métodos anticonceptivos modernos se hace posible que los individuos y las parejas, elijan cuantos hijos desean tener y cuando, transformando radicalmente la “racionalidad tradicional” por otra, se llega a la creación de un nuevo derecho humano, que se incorpora a los pactos constitucionales de los países, se difunde por todos los medios, y se ha logrado reducir, en muy pocos años, la fecundidad de las mujeres en los países latinoamericanos y en los asiáticos, y lo mismo se espera que sucederá en los africanos.

Prácticamente no se han dado planteamientos contrarios al mantenimiento de la tendencia hacia crecimientos negativos, aunque en algunos países europeos se expresan diversos tipos de preocupaciones, como la pérdida de espacios sociales de los niños, sobre el futuro de la mano de obra, la inmigración, y los grandes problemas de la seguridad social y pensiones y en lo económico conforman a la Comunidad Europea para superar los problemas de una expansión del cambio tecnológico que los lleve a un segundo plano. Por otra parte, cada vez más se hacen señalamientos sobre el curso del neoliberalismo y sus secuelas antisociales que, de continuar, implican **escenarios programados** en los que la pobreza y el envejecimiento demográfico se consolidan en un binomio dramático, irremediable, y sin expectativas de cambio. El bienestar de la población que proclaman las políticas de población como objetivo que las fundamenta, se pospone y se llega al fracaso.

La crítica al funcionamiento de la economía en nuestros países, no se asocia aún al curso y consecuencias, de la dinámica y la estructura de la población, salvo lo que se refiere a la población económicamente activa (PEA) para escenarios temporales limitados a sólo cinco años. De hecho, los problemas demográficos han pasado a segundo lugar en las preocupaciones políticas, dado, precisamente, al logro del abatimiento del crecimiento de la población, junto con el imperio del dogma del mercado, y no se exponen razonamientos económicos y sociales sobre la conveniencia de un crecimiento de uno por ciento o menos. Se acepta que es mejor un crecimiento demográfico lento, y todos lo aceptamos si se consideran las tasas de 3% o más que se dieron en nuestros países hace solo 30 años. Por otra parte está aun distante el momento de discusiones de la problemática e implicaciones del modelo económico, desde perspectivas de responsabilidad pública frente a situaciones como la del envejecimiento de la población y pobreza de las mayorías que nos llevan a retrocesos que debemos cuestionar en todo momento.

En nuestros países, los cambios demográficos se han dado a partir de patrones generados desde la colonia, los que mantuvieron una inercia considerable. La comprensión del proceso de envejecimiento de las poblaciones requiere la consideración de los factores demográficos que explican la evolución de una estructura por edades, el potencial de crecimiento; la disminución de la mortalidad; los cambios en la fecundidad; y la evolución en un largo periodo de la natalidad, agregando a estos factores básicos la migración interna y la internacional, que en la situación de intensificación del proceso de urbanización y globalización económica actual, adquieren dimensiones y modalidades de gran significación y que para el caso de México tienen además implicaciones históricas y sociopolíticas considerables. El potencial de crecimiento que se refiere a la inercia o crecimiento implícito sólo como efecto de la estructura por edades, para 1950 fue de 1.826. Para Alemania Oriental de 1.008; para Inglaterra y Gales de 1.079 (Chesnais, 1990).

De cualquier manera, las aportaciones sobre el curso de la transición y sus secuelas que se han dado a nivel internacional desde la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento celebrada en Viena en 1982², y las diversas reuniones nacionales e internacionales provocadas por el establecimiento del Año Internacional de las Personas de Edad, poco a poco captan la atención de mayor número de estudiosos y de los sectores directamente relacionados sobre los problemas de una población mayor, que como resultado de la transición demográfica crece muy rápidamente. Estamos ahora frente a una **situación demográfica totalmente inducida** en la que aún no tenemos respuestas sobre las familias deseables, sobre los ritmos de crecimiento demográfico más adecuados para nuestros países, y las estructuras por edad correspondientes, en íntima relación con el bienestar de la población. La preocupación por el curso de las generaciones de todas las edades aún no se integra a las políticas de desarrollo social, salvo en sectores como el de salud y previsión social, en donde se implementan soluciones bien orientadas, y también mal orientadas y a favor del capital, como en el caso de las pensiones para el retiro. Estamos ante generaciones de todas las edades sacrificadas por la acometida neoliberal. En el futuro mediano plazo de tan sólo cincuenta años, las generaciones de edades mayores, de acuerdo a las tendencias actuales de lucro ampliado del capital y ejércitos desplazados de todos los sectores de la actividad económica nunca vistos con anterioridad, vivirán en condiciones de mayor miseria. Más aún, tales condiciones miserables se están viviendo desde ahora.

I. INDICADORES DEMOGRÁFICOS DE LOS ÚLTIMOS 100 AÑOS

Durante el siglo XX se dan cambios notables en cada uno de los factores demográficos que determinan dinámicas y estructuras de la población en México transformadas. Vale la pena señalar las etapas más reconocibles para cada factor de acuerdo a diversas estimaciones. Es claro que aparecen diferencias pequeñas entre unas estimaciones y otras, aunque he preferido emplear aquellas en donde la preocupación se orientó a visiones de mediano y largo plazo (50 a 100 años) lo que llevó a correcciones variadas.

² De donde surgió el *Plan de Acción Internacional de Viena sobre el envejecimiento*, Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, 26 de julio a 6 de agosto de 1982, Viena, Austria, Naciones Unidas, Nueva York, 1983.

Mortalidad

Una primera etapa tiene lugar en los primeros 20 años del siglo con niveles altos y fluctuantes de la mortalidad, con una e_0 que pasó de 25.4 a 28.9 años con una reducción debida a la etapa armada de la Revolución Mexicana (RM) a 24.2 años hacia 1915. La mortalidad infantil es de más de 200 muertes por cada mil nacidos vivos en 1900 y la reducción de las cohortes iniciales durante los primeros cinco años llega a 35%. A los 65 años sólo llegaba entre el 10 y el 15%. A partir de 1920 se da una disminución importante y la e_0 llega a 34 años en 1930 y 40.5 años en 1940 con un aumento anual promedio de 0.6 años. De 1940 a 1960 la disminución de la mortalidad es mayor y se manifiestan los efectos de los programas renovados de salud y mejoras en las condiciones sociales, de manera que se llega a 57.8 años, o sea una ganancia anual de 0.86. A partir de 1960 y hasta 1995 el descenso de la mortalidad se ha hecho más lento, con un aumento anual de sólo 0.4 años, en buena medida por el incremento relativo de los accidentes y violencia, enfermedades circulatorias y cáncer. La e_0 en 1995 llegó a 72.3 años (CONAPO estima 73.6 mediante cálculos a los que haré referencia posteriormente). Para el año 2000 se llegará, de acuerdo a las estimaciones empleadas de Camposortega a 73.7 años (Campostega, 1997). En la transición epidemiológica en México coexisten enfermedades infecto-contagiosas y crónico-degenerativas. Las diferencias en la esperanza de vida al nacimiento entre las entidades federativas se reducen cada vez más. Para el quinquenio 1950-1955 los hombres del Distrito Federal comparado con los de Oaxaca tuvieron 13.6 años más (las entidades con más alta y más baja esperanza de vida al nacimiento 57.28 y 43.65 respectivamente) y para mujeres 14.3 (60.60 y 46.28 respectivamente). En el quinquenio 1990-1995 la diferencia entre los hombres del Distrito Federal y los de Chiapas (que substituyó a Oaxaca en el nivel más bajo en hombres y en mujeres tuvieron el mismo nivel) es de 6.1 (72.86 y 66.74 respectivamente); en mujeres la diferencia es de 5.6 años (77.60 y 71.97 respectivamente).

De las estimaciones de la mortalidad general se llega a una disminución de la tasa de más de siete veces, la que pasa de 35 defunciones por cada mil habitantes en 1900, a 4.9 en 1997, con la consecuente modificación de las causas de muerte. De 1955 a 1997, el porcentaje de defunciones por infecciones intestinales disminuyó de 17.5 a 1.6%; por su parte las del corazón aumentaron de 7.1% a 15.4%. Por edades se observan cambios notables como es obvio. Por ejemplo en 1950 las defunciones de menores de 5 años significaron casi la mitad de las defunciones y en los mayores de 65 años el 15%. En 1997 la mitad de las defunciones ocurrió en los mayores de 65 años y en los menores de 5 sólo ocurrió el 11%. Buena parte de las diferencias regionales que se observan en la mortalidad, además de corresponder a niveles de bienestar diferenciales, se deben una relación también asociada a la mala distribución de los recursos sanitarios, con carencias y excesos. A principios de 1995 cerca de 10 millones de mexicanos no tenían acceso regular a ningún tipo de servicio de salud y por otra parte el Distrito Federal, Nuevo León y Baja California Sur disponían de servicios suficientes para atender al 150% de su población. El gasto *per capita* muestra diferencias notables ya que por cada \$ 4.00 que se emplean en la población asegurada en la no asegurada se gasta sólo un peso. Si se consideran los requerimientos sanitarios de los estados se encuentra una relación inversa entre el gasto *per capita* y las necesidades sanitarias. (Bronfman y López, 1999).

Fecundidad

En fecundidad, durante los primeros treinta años del siglo, todos los cálculos coinciden en tasas de natalidad entre 45 y 50, con fluctuaciones sobre todo las de 1910 a 1920 por el momento revolucionario (Cabrera, 1965; Collver, 1965, Benítez-Zenteno, 1970; Mier y Terán, 1991); de 1930 y hasta 1970 se mantiene una tasa bruta de reproducción de alrededor de 3.2 (Benítez-Zenteno, 1979). Se confirma con otras estimaciones, en las que de 1930 y 1955 “la fecundidad se mantuvo aproximadamente constante en alrededor de 6.5 hijos por mujer e incluso aumentó ligeramente hasta alcanzar 7 hijos en 1960” (Gómez de León, 1996, p.8). En las estimaciones del CONAPO, se considera que en 1962 se dio un máximo histórico con una tasa global de fecundidad de 7.2 hijos (CONAPO, 1998). A partir de 1965 las estimaciones se basan en encuestas, de ahí que se consideren más cercanas a la realidad, aunque presentan algunas restricciones, como la exclusión de la población indígena. Tales cálculos señalan la disminución notable de la fecundidad (más del 50%) en tan sólo 30 años. Para cada 5 años a partir de 1965 y hasta 1995, se tienen Tasas Globales de Fecundidad de 7.1, 6.7, 5.6, 4.3, 3.9, 3.2 y 2.9 respectivamente³, (Welti, 1997). Se considera que el anticipo del descenso, se da a partir de 1960 con las mujeres pioneras de la anticoncepción en las ciudades de México, Guadalajara y Monterrey, el cual se vuelve significativo a nivel nacional a partir de 1970 un poco antes de la instauración de la nueva política de población que surge de la Ley Nacional de Población de 1974. Como en la mayor parte de los países latinoamericanos la anticoncepción se asocia con la escolaridad, acceso a los servicios de salud, urbanización y la participación de la mujer en actividades remuneradas. De acuerdo al esquema de Bongaarts, mientras que en 1976 los patrones matrimoniales determinaban en mayor medida la fecundidad, a partir de 1982 la anticoncepción se ha convertido en el principal determinante de la conducta reproductiva. El impacto de otras variables intermedias ha sido más modesto: la nupcialidad mantiene su importancia, se amplía un poco la infertilidad por lactancia y se reduce la importancia del aborto inducido (Mendoza, 1998). De acuerdo a las encuestas (ver nota No. 2), las diferencias entre la fecundidad rural y urbana disminuyen notablemente: en 1974 fue de 2.4 hijos (7.4 y 5.0 hijos por mujer respectivamente) y para 1996 es de sólo 1.2 hijos (3.5 y 2.3). Las mujeres sin instrucción disminuyeron su fecundidad de 1974 a 1996 en 4.3 hijos (7.8 y 3.5 respectivamente), mientras que las mujeres con secundaria y más años de estudio tuvieron 2.5 hijos menos (4.7 y 2.2 respectivamente). La participación en actividades remuneradas también implica diferencias y reducción de las diferencias importantes: en 1974 entre las activas y no activas hubo una diferencia de 3.1 hijos (3.8 y 6.9 respectivamente) y para 1996 fue de sólo 1.4 hijos (2.0 y 3.4 hijos respectivamente).

Anticoncepción

Como se indicó, la anticoncepción ha sido el factor principal del descenso de la fecundidad. El uso de métodos anticonceptivos ha pasado de 23.1% en 1976 a 57.4% en 1995 en las mujeres

³ Tasas calculadas para períodos bianuales, por el año t y $t+1$, excepto para 1995. Fuentes: para 1965, 1970 y 1975, Encuesta Mexicana de Fecundidad; para 1980, Encuesta Nacional Demográfica; para 1985, Encuesta Nacional de Fecundidad y Salud; para 1990, Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, y para 1995, Encuesta Nacional de Planificación Familiar.

unidas. En 1976 el método más importante fueron las pastillas en 46.8% mismo que pasó a 14.7% en 1995. El uso del dispositivo intrauterino se ha mantenido más o menos en la misma proporción de 24.4% y 25.3% en los mismos años. La oclusión tubaria se ha vuelto el método preferido, ya que pasó de 11.6% a 47.8%. La vasectomía ocupa el rango más bajo de 0.8% y 1.0% en los años señalados. Las inyecciones bajaron su uso de 7.3% a 5.3% no obstante que en 1982 su uso fue de 12.2%. Por último los preservativos y espermaticidas bajaron su uso de 9.1% a 5.9%. Para 1995 del 57.4% de usuarias el 41.3% obtiene los métodos en el sector público y 16.1% en el sector privado. Se considera por algunos autores que el Programa Nacional de Planificación Familiar pasó de ser un programa de gran éxito a uno del que poco se habla actualmente, ya que se ha perdido liderazgo para influir a quienes lo operan en las instituciones del sector salud. (Martínez-Manautou, 1997). Para llegar al nivel de reemplazo (TGF = 2.15) la cobertura en el uso de anticonceptivos para las mujeres unidas deberá ser cercana al 75%. (Mendoza, 1998). Para 1997 el 89.4% de las mujeres conoce algún método anticonceptivo, con diferencias más o menos menores según tamaño de la localidad, ya que en las de menos de 2 500 habitantes lo conoce el 79.4% (ENADID, 1999) y en las de 100 000 y más el 93.8%. Resulta de interés el que entre la población de habla indígena el 96.5% conoce algún método anticonceptivo, lo que corresponde a afirmación hecha años antes de que no existe rechazo cultural por parte de la población rural o indígena, ya que siempre se ha dado una cierta intervención en el proceso reproductivo (Benítez-Zenteno, 1979). Para 1997, el uso entre las mujeres unidas de métodos modernos es de 59.2% y el de cualquier método llega a 68.5%.

Nupcialidad

De acuerdo a la última Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica de 1997 (ENADID, 1997), de la población femenina de 15 a 49 años el 11.51% vive en unión libre, el 47.45% son casadas, el 6.81% son separadas, divorciadas y viudas y solteras el 34.23%. Mientras que en las localidades de menos de 2 500 habitantes el 30.31% son solteras en las ciudades de 100 000 y más lo son el 36.24%; en las localidades de 2 500 a menos de 15 mil y en las de 15 mil a menos de 100 000 no se dan diferencias (33.81% y 33.71% respectivamente). La primera unión se dio antes de los 15 años en un 8.85% y el 49.08% entre los 15 y los 19 años. El promedio a la primera unión es de 19.37 años. En las localidades de menos de 2 500 habitantes el promedio es de 17.99 años y en las ciudades de 100 000 y más es de 20.21 años. Entre las distintas cohortes quinquenales aumenta la edad promedio de 15.77 años entre las de 15 a 19 años de edad a 20.13 entre las de 45 a 49 años, aparentemente como resultado de una sobrevivencia desigual socialmente además de cambios radicales en la esperanza de vida al nacer (las cohortes que nacieron de 1947 a 1952 tuvieron una e_0 de 54 años y las que nacieron de 1977 a 1982 llegaron hasta 69 años)⁴. Con base en los mismos datos el CONAPO (1999) estima un descenso de las proporciones de mujeres unidas a los 15 años en cuanto a edad a la primera unión del 19.9% en 1972-1976 al 10.3% de 1992-1996; una disminución en los cinco quinquenios observados de 13.4% a 11.9% de la proporción de mujeres que se casan por primera vez antes de los 21 años; y un incremento de la proporción de las primeras uniones después de los 23 años; entre 15 y 29 años la edad promedio en la década de los años setenta fue de 18.8 años, momento en que se inicia el descenso de la fecundidad y pasa a 21.2 años en 1994. Si se considera la actividad económica y los niveles de escolaridad, la edad media a la primera unión de las mujeres en

⁴ Estimado a partir de las tablas longitudinales de Camposortega (1997).

edades reproductivas sin primaria completa fue de 19.4 años para las inactivas y 19.9 para las activas y en el extremo opuesto para las mujeres con preparatoria o más fue de 22.0 años para las inactivas y 23.8 años para las activas. Respecto a la edad del cónyuge las diferencias de edad se reducen a medida que las mujeres se casan por primera vez con más años de edad.

Migración interna

Desde el inicio de la industrialización a fines del siglo XIX la migración interna hacia entidades vecinas o hacia localidades mayores se intensifica. De 1910 a 1920 con la RM se amplía y mantiene como un patrón persistente. Una indicación de lo anterior es que desde 1921 hasta 1980 el crecimiento social de las localidades de menos de 2 500 habitantes es de alrededor de 1.5% con variaciones reducidas. Hasta 1970 se da un cierto patrón de migración hacia las pocas ciudades grandes y zonas metropolitanas, el que se diversifica hacia las ciudades de tamaño medio como destinos alternos tanto de la población rural como de la urbana. Si bien la migración entre los estados se ha mantenido constante, en la actualidad se amplían los orígenes y destinos de los flujos migratorios si se compara con 1970. Por ejemplo hace 25 años el 36.7% de la migración estatal se dirigía al Distrito Federal o al Estado de México en su zona conurbada, o sea a la gran ciudad de México y para 1995 esta cifra es de sólo 19.2%. En el sentido inverso, de la gran ciudad provenía hace 25 años, el 8.1% de los inmigrantes a todas las 30 entidades restantes, mientras que en 1995 esta cifra es de 20.2%. Un cálculo del CONAPO (1999) muestra que de haberse mantenido la pauta migratoria de 1975, para 1995 vivirían en una entidad diferente a aquella en que viven de acuerdo al Conteo de Población y Vivienda de 1995, 3.4 millones de personas (3.7% de la población total enumerada). Sobresale el hecho de que la zona metropolitana de la Ciudad de México a perdido atractivo para los migrantes internos. La importancia de la migración interna se muestra plenamente con tabulaciones especiales de la ENADID de 1992 sobre una muestra de aproximadamente 64 mil viviendas y que se concentró en buena medida en migración. Del total de habitantes 35.9% (o 30.874 millones) eran migrantes permanentes, o sea que habían cambiado su domicilio: de una entidad federativa a otra 18.198 millones; entre los municipios del mismo estado 10.764 millones; llegaron a la república después de vivir en el extranjero, 1.573 millones de los Estados Unidos y 359 mil de otros países o nativos de los Estados Unidos. Al nivel de individuos 35.9% son migrantes y al nivel de hogares 68.5% tienen algún migrante (Corona, 1997).

Migración internacional

La migración internacional en México se resume por su monto, continuidad secular y significación política, económica, social y demográfica en la migración de mexicanos a Estados Unidos. Se trata de una problemática compleja con antecedentes históricos de gran importancia (tan sólo hay que recordar la “pérdida” de más de la mitad del territorio en 1847), y con cambios en intensidad y características. Entre los factores predominantes que configuran el complejo sistema migratorio sobresalen la insuficiencia de la economía mexicana para absorber este excedente de fuerza de trabajo; la demanda de mano de obra mexicana en ramas de actividad cada vez más diversificadas; las diferencias salariales nacionales; el desarrollo de complejas redes familiares, sociales y económicas entre los lugares de origen y destino. Algunas de las características recientes muestran un flujo con pautas más complejas y diversas modalidades con

aumento de los montos migratorios y mayor diversificación ocupacional de origen y mayor complejidad sectorial de la ocupación en los Estados Unidos. También niveles de escolaridad cada vez más altos y mayor proporción de origen urbano. Por otra parte se observa un cierto “desgaste” de la rotación migratoria lo que lleva a extender la permanencia. A partir de 1960 el efecto sobre la dinámica demográfica es cada vez más perceptible. La pérdida de población pasa de 260 mil a 290 mil personas entre 1960 y 1970; de 1.2 a 1.55 millones entre 1970 y 1980; de 2.1 a 2.6 millones en la década siguiente; y de 1.5 millones en el quinquenio 1990-1995. Para 1990 se estimaron 5 millones de personas nacidas en México residentes en Estados Unidos, en un 90% concentrados en los estados de California, Texas, Illinois y Arizona. Los datos más recientes revelan que la cifra llega a 7.1 millones en marzo de 1996, de los cuales 900 mil se han nacionalizado norteamericanos, 3.9 millones tienen documentos y 2.3 son indocumentados (Tuirán, 1997).

Un siglo de crecimiento demográfico

Desde 1895, año del primer censo de población mexicano, con correcciones de las cifras censales, las tasas de crecimiento medio anual son las siguientes:

1895 a 1900	1.50	TGF ₁₉₀₀ = 6.5; ₁₉₀₀ e ₀ = 25.43
1900 a 1910	1.09	Década final de la dictadura de Porfirio Díaz
1910 a 1921	-0.20	Etapla armada de la Revolución Mexicana
1921 a 1930	1.20	Inicio del reparto agrario
1930 a 1940	1.77	Inicio descenso de la mortalidad
1940 a 1950	2.67	Desarrollo del instituto de seguridad social
1950 a 1960	3.08	Descenso muy acelerado de la mortalidad
1960 a 1970	3.40	Máximo histórico de la fecundidad en 1962 TGF ₁₉₆₂ = 7.2; ₁₉₇₀ e ₀ = 61.5
1970 a 1980	2.86	Nueva Ley General de Población (1974) y política nacional de control del crecimiento demográfico descenso acelerado de la fecundidad. 2.4 hijos menos. TGF ₁₉₈₀ = 4.3; ₁₉₈₀ e ₀ = 66.07
1980 a 1990	2.22	TGF ₁₉₉₀ = 3.2; ₁₉₉₀ e ₀ = 74.41
1990 a 1995	2.00	Primer contéo de población intercensal TGF ₁₉₉₅ = 2.8; ₁₉₉₅ e ₀ = 73.60
1999	1.80	98.1 millones de habitantes. Estimaciones: nacimientos 2.2 millones; defunciones 420 mil; crecimiento absoluto 1.8 millones; emigración 300 mil; crecimiento neto 1.5 millones; 1.5% crecimiento anual neto. TGF ₁₉₉₉ = 2.5; ₁₉₉₉ e ₀ = 75.03

Sobre la estructura por edad

Durante el siglo XX tienen lugar cinco cambios en la estructura por edad si consideramos a los tres grandes grupos tradicionales de edades: los menores a los 15 años, de 15 a 64 y de 65 y más.

Tales cambios son el resultado de la disminución de la mortalidad sobre todo a partir de 1940, y como resultado de la disminución de la fecundidad a partir de 1970. El primer cambio se refleja en el aumento de la proporción de población menor de 15 años, la que pasa cada decenio de 1930 a 1970 de 41.1%, 41.9%, 42.5%, 45.9% y 47.7%, dada la disminución acelerada de la mortalidad, sobre todo la infantil y un aumento momentáneo en la natalidad. Un segundo cambio es la disminución de la proporción de población menor de 15 años a partir de 1970 como consecuencia de la disminución de la fecundidad. Para 1980 se llega a 45.0%, para 1990 a 39.3% y para 1995 a 36.0%. El monto de aumento de 1930 a 1970 (de 16.9 millones a 49.7 millones respectivamente) fue de 2.94 veces y de 1970 a 1995 fue de 1.4 veces (23.7 millones y 33.4 respectivamente). Un tercer cambio es la disminución de la población en edades activas de 1930 a 1970 en que pasa de 56.3% a 49%. El cuarto cambio corresponde al aumento paulatino de la población de 15 a 64 años, que es el resultado de la disminución de la fecundidad, la reducción del primer gran grupo de edades y el aumento de sobrevivencia. Un quinto cambio es el aumento paulatino de la proporción de población de 65 y más años, la que pasa de 1930 a 1995 de 2.6% a 4.4%, como consecuencia del aumento en la esperanza de vida y la pérdida relativa de población en las primeras edades. En cifras absolutas significa el paso de 445 mil personas mayores en 1930 a 3.4 millones en 1970 y a 4.1 millones en 1995 de acuerdo al primer contéo intercensal. Es decir, un aumento en nueve veces en 65 años. A partir de 1970 privará la tendencia a la baja en mortalidad y fecundidad. La relación de dependencia de las edades menores será cada vez menor y la de la población envejecida cada vez mayor.

Desarrollo urbano

En 1900, solo el 10.5% de la población vivía en localidades de más de 15 mil habitantes. Para 1940 la cifra se duplica al 20% y a partir de éste año la urbanización se acelera y para 1960 la población urbana llega a 41.2%, 49.4% en 1970 y para 1980 llega hasta 56.2%. Para el año de 1990 y con 49.6 millones la proporción alcanza el 60.8% y de acuerdo al contéo de 1995 se llega al 64.4% con 58.7 millones de habitantes en 350 ciudades.

Si consideramos a las ciudades con 500 000 habitantes o más, para 1960 sólo hubo tres, la Ciudad de México 5.4 millones, Guadalajara 879 mil y Monterrey 722 mil, con un total de 7 millones, o sea el 48.7% de la población en localidades de 15 mil y más habitantes. Para 1970 se suma Puebla con 774 mil y para llegar a 12.4 millones de habitantes y constituyen el 52% de la población urbana. En 1980 se agregan cuatro ciudades más para sumar 21.8 millones o el 58.1% de la población urbana. Para 1990 ya son 16 ciudades mayores con 30.4 millones o el 61.4% de la población urbana y para 1995 se tiene un total de 24 ciudades mayores con un total de 39.6 millones o el 67.5% de la población urbana.

Las tasas de crecimiento de las ciudades mayores han cambiado radicalmente. De 1960 a 1970 las cuatro grandes ciudades tuvieron un crecimiento mini-max anual de 5.27 y 5.83%. Para 1970 a 1980 se reduce a los límites 3.66 a 4.64% con una excepción de sólo 2.84 (Ciudad Juárez que deja de tener importancia en la frontera). De 1980 a 1990 la Ciudad de México crece a sólo 1.60% lo que llevó a algunos a pensar en una cierta saturación, anuncio de un desplazamiento de la migración a ciudades menores. Querétaro crece a 9.86% como caso muy particular de crecimiento industrial y de servicios; Puebla recupera su influencia regional y crece 5.10% al año. Y Tijuana inicia una carrera de crecimiento urbano extraordinariamente desordenado con

5.66%, mientras que el resto de las 16 ciudades mayores de medio millón de habitantes creció menos del 3%. De 1990 a 1995, la Ciudad de México crece más anualmente que en los diez años anteriores a una tasa de 1.86%; el resto de las ciudades crece de 1.55% mínimo a 4.19% máximo con predominio de crecimientos menores y Tijuana continuó creciendo a una tasa mayor de 5.98% (Garza y Partida, 1988; Garza, 1998).

En las localidades rurales menores a 15 mil habitantes se da una tendencia a crecimientos cada vez más bajos. Las de menos de 2 500 habitantes de 1960 a 1970 crecieron a una tasa de 1.51% al año, con lo que mantuvieron su tendencia al mismo nivel aproximado desde principios del siglo. De 1970 a 1990 sólo crecieron 0.78% al año para llegar de 1990 a 1995 al crecimiento de 0.65%; las localidades de 2 500 a menos de 10 mil pasaron de 1960 a 1970 de un crecimiento de 4.08% al año a uno de sólo 0.58% de 1970 a 1990 (el Censo de 1980 por los muchos problemas que presenta, no se toma en cuenta por muchos autores); y vuelve a crecer un poco más de 1990 a 1995 a una tasa de 1,47%. Si bien ha sido tradicional el crecimiento menor de las poblaciones rurales de menos de 2 500 habitantes, desde 1970 el crecimiento de las de menos de 10 000 también se vuelve inferior al crecimiento nacional y a partir de 1990 se agregan a esta tendencia las de 10 mil a 15 mil. Es decir, la pauta migratoria del campo hacia las ciudades se robustece (Solís, 1997).

II. DESARROLLO ECONÓMICO Y SOCIAL

Población económicamente activa

Con los censos de población y diversas encuestas ha sido posible una visión global de PEA desde principios del siglo hasta el conteo de población de 1995 (Pacheco, 1997). Hasta 1990 se da un crecimiento paulatino y de 1991 a 1995 disminuye su ritmo de 4.37% observado de 1979 a 1991 y durante todo el siglo, a 3.17%. Por sectores de actividad en el agropecuario se da el paso de 62.5% de PEA en 1900 a 67.8% en 1930 lo que se explica por el inicio del reparto agrario y el retorno de trabajadores expulsados de Estados Unidos por la crisis del 29. Estos dos aspectos se mantienen y se robustece la posición gubernamental poblacionista del presidente Lázaro Cárdenas (que se refuerza con la Ley de Población de 1947), y se robustece un proyecto de desarrollo orientado hacia el mercado interno, con expansión económica que se mantiene hasta 1970, con un paulatino crecimiento de la PEA ocupada en el sector manufacturero, que pasa de 14.6% en 1900 a 16.7% en 1910 y 28.6% para 1970, para disminuir a 27.5% en 1979, 23.0% en 1991 y 21.3% en 1995. El sector de servicios y comercio llega a su mínimo relativo de PEA en 1930 con 15.65%, pasa a 21.7%, 32.0%, 43.1%, 49.5% y 53.1% en 1950, 1970, 1979, 1991 y 1995 respectivamente. Por su parte, la PEA agrícola va a descender muy significativamente a 58.3% en 1950, en 1970 llega a 39.4%, a 28.9% en 1979, baja a 26.8% en 1991 y hasta 24.7% en 1995.

Para 1995, la tasa neta de participación masculina es de 78.2% y la femenina llega a 34.5%, con aumentos de su participación desde 1950. Algunos términos relativos nos amplían la visión anterior: Para 1995 el 58.7% trabaja en establecimientos pequeños; a tiempo parcial labora el 26.6%; la población ocupada sin prestaciones sociales es de 60.3%; y la que no recibe ingresos o recibe hasta dos salarios mínimos es el 63%. La obtención de la "canasta básica" familiar requiere de tres salarios mínimos.

De las encuestas de empleo urbano de 1991 y 1996 se observa en las tasas de actividad por grupos de edad un aumento notable de las correspondientes a las edades centrales, lo que corresponde, por una parte al aumento del trabajo de las mujeres, y por otra en el caso de los hombres, a partir de los 40 años las tasas tienden a disminuir, lo que se acentúa en las edades mayores como bien puede verse en el siguiente cuadro (Salas, 1999).

EDAD	TOTAL		HOMBRES		MUJERES	
	1991	1996	1991	1996	1991	1996
60-64	49.80	48.40	80.10	74.10	21.80	23.80
65-69	43.60	41.10	71.20	65.40	17.50	19.00
70-74	36.00	35.10	58.70	56.50	15.00	16.50
75-79	21.90	28.40	41.60	46.30	8.30	11.60
80 y +	19.60	14.40	35.50	26.10	5.90	5.20

Desde hace más de 15 años que disminuyen los ritmos de crecimiento del empleo asalariado. Los grupos de mayor edad tendrán cada vez menos posibilidades de un salario por trabajo, los cuáles serán ocupados por jóvenes o bien por mujeres en las edades activas centrales. El acceso a los planes de retiro se reduce considerablemente, ya que no se tendrá el tiempo de cotización necesario de acuerdo con la nueva ley aprobada en 1997.

Población y economía

Debemos recordar que la discusión que llevó a la implementación del plan de acción mundial de Bucarest en 1974, se fincó básicamente en argumentos económicos y en términos de que los elevados crecimientos de la población constituyen un obstáculo al crecimiento económico. Muy diversos trabajos han mostrado que no es así. Para los tres decenios de 1950 a 1980 que fueron de máximo crecimiento demográfico para los países en desarrollo, al mismo tiempo tuvieron un crecimiento excepcional de PIB *per capita*, y en términos globales tal crecimiento fue superior al de los países desarrollados. Las excepciones a esta tendencia parecen ser resultado más de estrategias de desarrollo inadecuadas (por ejemplo en algunos países africanos) y transtornos políticos que por las altas tasas de crecimiento demográfico. Desde hace tiempo, al analizar los dos crecimientos se llegó a la misma conclusión respecto al crecimiento económico, ya que el problema es de orden político (Kuznets, 1974). El sorprendente cambio histórico de expansión económica de los países pobres no puede ser explicado por la teoría clásica (Chesnais, 1988).

En el caso de México en el período de crecimiento demográfico de 1941 a mediados de los años sesentas el perfil de las dos tasas es ascendente, mayor en el caso del PIB, que pasa de 4 a casi 7% (gráfico 1), con una distancia que se acentúa entre las dos tasas. A partir de 1965 se da un descenso en ambos indicadores. Es claro que el crecimiento de la población no explica el crecimiento económico de 1941 a 1968 y de la misma forma tampoco el ritmo de descenso posterior. La correlación entre ambas variables es de 0.818 y significativa al 0.01 (Boltvinik, 1999). Las correlaciones no nos dicen cual está influyendo a cual. La conclusión principal de

varios estudios “no es sobre la existencia de la correlación, sino sobre la ausencia de correlación” en el sentido esperado (Simon, 1992 pp.200).

Entre 1940 y 1970 el crecimiento económico fue notable. El producto interno bruto creció a un promedio un poco mayor a 6% y en términos de ingreso *per capita* pasó de más de 3%. Esta expansión económica disminuyó el nivel de pobreza de manera sustancial. En la primera mitad de los años setenta se percibieron niveles elevados de desempleo, de manera que se amplió el gasto público y la inversión para sostener la demanda y el empleo, con un déficit del sector público que creció en 2%. El crecimiento del gasto dados los altos niveles de inflación y el déficit generado por las políticas expansionistas llevaron en 1976 a la devaluación del peso frente al dólar (40%), después de más de 20 años de estabilidad. El modelo de sustitución de importaciones llegó a su término, y a un descenso del crecimiento industrial. Esta situación estuvo acompañada de la recesión mundial de los años setenta y del incremento de los precios del petróleo, que llevaron a buscar más reservas, mismas que sirvieron de base al desarrollo de una deuda externa que se duplicó de US\$ 29.2 mil millones en 1976 a US\$ 78.1 mil millones en 1981 (Damián. 1999).

Se entrará a una nueva etapa de la economía. Vale la pena recordar la mención anterior de una PEA en la agricultura de 28.9% en 1979 que baja hasta 24.7% en 1995. De manera muy sintética puede decirse que mientras que la agricultura y el campo fueron asuntos de Estado el que substituye al hacendado; la pérdida del proyecto agrario de manera paulatina en particular desde 1960, lleva de la mano a los cambios “salinistas” del artículo 27 constitucional, que no se limitan a dar por concluido el reparto agrario, sino a la conversión de la tierra en una mercancía. El usufructo con cierto sentido de justicia y equidad, de un valor de uso como lo estableció la Reforma Agraria pasa a ser un valor de cambio con la radical privatización de la tenencia de la tierra. El fomento de la agricultura se orienta ahora a los más capitalizados y aquellos que están en desventaja recibirán un apoyo “caritativo” de los programas Progresá y Procampo. Se ha pasado de entrega de la tierra, establecimiento de precios de garantía a los productos y subsidio de insumos, a la entrega directa de apoyo en dinero a través de una gran nómina gubernamental. Una buena parte del conflicto chiapaneco florece precisamente por la búsqueda de una dignidad perdida en el proceso neoliberal impuesto por la tecnocracia gubernamental desde 1982 y que opera con fuerza en la actualidad. El movimiento campesino desde los años setenta muestra muy diversas caras y facetas y dado que uno de cada tres campesinos es indio la lucha étnica reaparece del México profundo (como diría mi amigo el antropólogo Guillermo Bonfil, 1989).

La distribución del ingreso

Hacia 1968 se cierra un ciclo de inversión en la economía mexicana y fin del “desarrollo estabilizador”. Algunos señalan como inicio de un periodo de crisis el año de 1965 cuando el país se vuelve importador neto de productos agrícolas. Como se observa en la gráfica 1, la tasa de crecimiento del PIB a partir de 1968 inicia su descenso y a partir de 1980 disminuye con mayor rapidez hasta alcanzar niveles menores a los de 1941, con la excepción de los años del momentáneo auge petrolero (1978), en que un presidente veleidoso (José López Portillo) señalaba que teníamos que acostumbrarnos a administrar la riqueza, con lo que se amplió la corrupción de arriba abajo y a lo largo y a lo ancho del país. La corrupción institucionalizada tendría su expresión máxima en el dramático “salinato” (1988-1994). Los excedentes petroleros

aliviaron la crisis pero no crearon las bases de una fase renovada de expansión y produjeron una ampliación ilusoria del mercado y un endeudamiento interno insostenible. Los ingresos promedio de los hogares estimados a precios de 1998 (estimación de Benítez, con base en cálculos de CONAPO, 1999, p. 153, a partir de los datos de: INEGI, 1977, 1984, 1989, 1992, 1994, 1996), de 1977 a 1996 disminuyeron en un 15%, con pérdidas menores al promedio en los cuatro deciles de menores ingresos, en el V y VI de 16 y 18% respectivamente, en los deciles VII, VIII y IX, 25%, 25% y 24% y en el décimo decil 29%. Lo que nos muestra la creciente descapitalización de la clase media a favor de los muy grandes capitales que, como todos sabemos, no se captan en las encuestas de ingreso y gasto de los hogares (por ejemplo la renta de la propiedad llega a representar tan sólo en 5.6% del ingreso monetario en los sectores mas acomodados).

Con base en los microdatos de las encuestas de ingresos y gastos de los hogares se muestra de 1977 a 1984 que disminuyó la desigualdad. Los estudios señalan una caída del ingreso del decil más rico a favor de deciles intermedios. Esta tendencia se revierte y se consolida hacia 1990. El paquete económico gestado desde 1982 lleva la decisión política en 1987 a un ajuste estructural de la economía inspirado en las ideas neoliberales que campean en la tecnocracia gubernamental como se indicó desde 1982. Se da una evidente relación entre la tendencia a mayor desigualdad y el nuevo estilo de desarrollo. Los índices de concentración de Gini (0.530 en 1977; 0.466 en 1984; 0.504 en 1989; 0.521 en 1992; 0.528 en 1994), están fuertemente determinados por las remuneraciones al trabajo y la renta empresarial, las que juntas dan cuenta de un 90% del índice en 1989, y hasta un 95% en 1994 (Cortés, 1998).

La gran caída de los precios del petróleo y la crisis de la deuda de 1982 afectó a la planta industrial que no se pudo recuperar del endeudamiento (no obstante que a fines de los años sesenta había logrado un buen grado de integración), iniciando su obsolescencia tecnológica lo que fue la base de la sustitución de importaciones. La actividad productiva se inhibe, se transfieren grandes recursos al exterior y se dan políticas económicas regresivas. Hacia 1990 la población tenía ingresos equivalentes a los de 1960. En los últimos veinte años se da el derrumbe de los salarios y la concentración de los capitales (la presencia de siete mexicanos en las listas de los hombres más ricos del mundo constituye una afrenta descomunal).

Para 1996 las cifras de la última Encuesta Nacional de Empleo son muy elocuentes: sobresale la dispersión en el tamaño de las unidades económicas según el monto del personal empleado. Las unidades hasta 5 personas absorben al 58% de la población ocupada, en donde se concentra la mayoría del empleo agropecuario, del comercial y el de servicios. En contraste las unidades con mas de 50 trabajadores ocupan un poco mas del 27%. La manufactura tiene una dispersión mayor en el tamaño de las unidades. Destaca el dinamismo de empresas medianas y grandes en donde se concentra buena parte de las actividades de maquila para exportación. El trabajo asalariado aumenta a medida que es mayor el tamaño de los establecimientos y también aumenta el ingreso por trabajo. De ahí que la concentración de los grupos de menores ingresos se da en las unidades mas pequeñas, en donde se concentran por su parte los trabajadores no asalariados. En esta encuesta se muestra que el trabajo marginal ha crecido, tanto en el conjunto del país como en las actividades agropecuarias y en las no agropecuarias. De las personas que se sumaron a la actividad entre 1991 y 1996, el 5% de los hombres y el 22% de las mujeres no trabajó o trabajó menos de 15 horas durante la semana de referencia en la encuesta, y el 26% de los hombres y el 52% de las mujeres percibieron un ingreso menor a un salario mínimo. Otro dato sobresaliente es el que el 78% del empleo que se generó de 1991 a 1996 se ubica en unidades con 5 personas

ocupadas o menos. El resultado es que la creciente pobreza en amplios sectores del país corresponde a los trabajos menos remunerados. Se hace evidente que la economía que sólo estimula a los sectores vinculados a la exportación o a las actividades especulativas, lo que propicia las actividades de estricta sobrevivencia (Salas, 1998).

Del conjunto de las Encuestas de Ingreso y Gasto de los Hogares del INEGI y a partir de los datos individuales del ingreso se muestra que de 1984 a 1996 aumentó de 29.7 a 73 millones la población en condición de pobreza (ingreso familiar por persona inferior a un salario mínimo). Para 1984 el 1% de los más ricos detentó el 8.3% del ingreso nacional disponible, lo que creció a 14.5% en 1994 y a 29.8% en 1996 con la aplicación de uno de los más drásticos programas de choque de ésta etapa neoliberal. En Chiapas la concentración de la pobreza es menor ya que el 1% de la población más rica percibe el 8.01% del ingreso local disponible, pero el 87% están en situación de pobreza y 62.1% de ellos en pobreza extrema ya que su ingreso individual por familia es inferior a medio salario mínimo (Aguilar, 1999).

De la encuesta de Ingresos y Gastos de los Hogares de 1994 se obtienen algunos datos que nos permiten una cierta ubicación respecto a la población de edades mayores. Del total de población el 7.2% tenían 60 años y más, sin diferencias entre lo rural y lo urbano para la población total; por sexos se percibe una primera diferencia y es que mayor proporción de vive en zonas rurales (53.3%) mientras que las mujeres prefieren las zonas urbanas (54.4%); es decir, en el campo la diferencia entre los sexos es de 6.6%, mientras que en las zonas urbanas la diferencia es de 4.8%. Tal diferencia se debe fundamentalmente a los hombres de 75 años y más.

Del total de la población de 60 años y más, en 1994, percibe ingresos el 68.4%; de los hombres 89.2% y de las mujeres el 45.5%. Del total de ancianos 42.2% son hombres jefes de familia, mientras que sólo 15.3% de las mujeres lo son. De los jefes varones percibe ingresos el 88.2% y entre las mujeres jefas el 75.9%. De ahí que la jefatura femenina está íntimamente ligada a la percepción de ingresos de la misma manera que en la jefatura masculina.

De acuerdo a la muestra expandida de 1994 que estamos analizando el 24.9% de los hogares tiene ancianos (60 años y más); con un anciano 66.9%, con dos el 31.3% y con más de dos ancianos el 1.8%. La importancia económica del ingreso del anciano, cuando dicho ingreso constituye más de 75%, de 25% a 75% y menos de 25%, del ingreso total de los hogares, significa 74.3%, 19.8% y 5.9% respectivamente. En el 73.4% de los hogares los ancianos aportan recursos económicos. El origen de los ingresos es en un 37.7% por remuneraciones al trabajo, el 25.2% tiene negocios propios que le proporcionan ingreso, el 30.8% recibe ingresos por transferencias y el 6.3% tiene otros ingresos. De los hogares con ancianos el 73.4% recibe ingresos de ellos (Rubalcava, 1999).

De la Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares 1996, (INEGI, 1996), surge la información que sigue. Del total de población (92'982,699), el 4.7% (4'340,624) tiene 65 y más años, en el caso de los hombres (1'992,220) el 4.41% y en el de las mujer (2'348,404) es el 4.91%. En las localidades de 2 500 y más habitantes habita el 4.59% de los ancianos, 4.14% en el caso de los hombres y 5.01% en el caso de las mujeres. En las localidades de menos de 2 500 habitantes se ubica el 5.13% de los varones de estas edades y el 4.62% de las mujeres. Pareciera que las mujeres mayores no prefieren las localidades pequeñas a diferencia de los varones. Queda

la impresión de que una buena parte de las mujeres mayores no desean retornar a las condiciones de subordinación femenina que prevalecen en el campo.

En cuanto a educación de la población de 60 años y más (la encuesta ha tomado distintas edades iniciales para el grupo de edades mayores), el 39.9% no tiene instrucción, de las mujeres el 43.8% y de los hombres el 35.2. Como contraste, de la población de 20 a 29 años, sólo el 4.5% no tiene instrucción, de las mujeres de esas edades el 5.7% y de los hombres el 4.5%. En las localidades de menos de 2 500 habitantes no tiene instrucción el 61.4% de la población mayor, en el 53.4% de los hombres y en el 69.9% de las mujeres. En estas cifras se muestra claramente nuestro gran rezago y como poco a poco se supera.

El estado civil resulta interesante y nos va mostrando aspectos de la situación de la población mayor. Los de 65 y más años varones quedan solteros el 3.6% y en las mujeres el 4.5%, cifras muy bajas; casados el 69.5% de los hombres y sólo el 33.5% de las mujeres; en unión libre el 6.2% de los hombres y sólo el 2.5% de las mujeres; divorciados el 1.3% de los hombres y el 1.9% de las mujeres; separados el 3.0% de los hombres y el 4.9% de las mujeres y viudos el 16.5% de los hombres y el 52.5% de las mujeres. En estas cifras queda reflejado una buena parte del curso de vida con mayor esperanza de vida en las mujeres. En las localidades de 2 500 y más habitantes el 16.6% de los hombres son viudos y el 54.1% de las mujeres y en el campo 16.2% de los hombres lo son y el 48.2% de las mujeres.

Respecto al ingreso corriente total tiene un coeficiente de Gini de 0.46, en donde el decil más pobre se queda tan sólo con el 1.79% del total de dicho ingreso y el decil más rico con el 36.6%. Del ingreso corriente monetario el índice de Gini es 0.49 (mayor concentración); el decil más pobre obtiene 1.24% del ingreso y el más rico el 39.1%.

El ingreso del decil más rico es 20.5 veces mayor con relación al decil más pobre; en el grupo de edad de jefes de edades de 35 a 39 años tal relación es de 19.2 veces; y en la población de 65 años y más la relación es de 22.5 veces. En éste grupo de edades último, el ingreso promedio anual es de \$ 1,871 (cerca de US\$ 250 el año) para el decil más pobre y para el más rico de \$ 42,170 (US\$ 6024). Para las localidades urbanas la relación es de 19 veces para la población mayor y de 17 veces para la población total. En las localidades rurales tales relaciones son de 13.7 veces y 13.5 veces respectivamente, es decir que las diferencias disminuyen sustantivamente en íntima relación con el ingreso que es de \$ 1,345 para el decil más pobre de la población total rural y para el más rico de \$ 18,403. Para la población de 65 años y más es de \$ 1,303 y \$ 17,677 al año respectivamente.

A manera de resumen de todo lo anterior: entre 1976 y 1999 el salario mínimo real perdió un 72% de su capacidad de compra. Lo anterior resulta de la aplicación de topes salariales en los cuatro últimos sexenios presidenciales. El salario real se coloca por debajo del vigente de 1946. La disminución del trabajo en el PIB ha caído del 46 al 24% en beneficio del capital. De 1980 a 1998 el 75% de los hogares disminuyeron su ingreso real. De la PEA, estimada en un poco más de 35 millones de personas a mediados de 1999, sólo el 40% tienen un empleo estable es decir 14 millones; 20 millones de desempleados y 45% de la población en edad de trabajar realiza actividades en el sector informal. En niveles de pobreza 53 millones y 20 millones de pobreza extrema (Comisión de Trabajo y Previsión Social de la Cámara de Diputados, 1999). Por otra parte la situación gremial se ha transformado radicalmente. Hay que recordar que el férreo

control de las grandes centrales obreras agrupadas en la Confederación de Trabajadores de México (CTM) o sindicalismo corporativista (apodados sindicatos charros o “montados sobre los trabajadores”, o charrismo sindical, merced a una “traición” en el ámbito ferrocarrilero⁵), llevó precisamente a la pérdida del ingreso real y afortunadamente ahora es historia y sus líderes en los últimos 40 años han pasado de los 85 años (Fidel Velázquez de triste memoria en el mantenimiento del tope salarial y el actual que ha perdido representatividad, aspecto que se hace evidente en la actual campaña por la renovación presidencial del año 2000).

La población indígena

La estimación de la población indígena presente en el hogar (hable o no alguna lengua indígena) empleando el criterio de que el jefe o su cónyuge hablan lengua indígena (HLI), llega a 8.373 millones en 1990 y a 8.985 en 1995, lo que representa el 10.3% y el 9.9% respectivamente de la población total, con una tasa de crecimiento de 1.25% medio anual. La población de 5 años y más de hablantes llega a 5.282 y a 5.484 millones respectivamente, es decir 7.5% y 6.4% respectivamente de la población total, con una tasa de crecimiento de sólo 0.66%. Otra estimación corresponde a la de la población total de los municipios con 40% y más hablantes de lengua indígena que llega a 5.391 millones y 5.561 millones en 1990 y 1995 (Fernández-Ham). En las estimaciones se hace evidente la importancia de la emigración hacia localidades de mayor tamaño o bien hacia los Estados Unidos, con “cadenas” establecidas desde hace años, por ejemplo la de población mixteca hacia Nueva York.

Para 1995, considerando a las localidades de municipios con 70% y más de HLI, el 42% vive en localidades muy pequeñas de menos de 100 habitantes; el 40% en las de 100 a 499 habitantes; 11% en las de 500 a 999 habitantes y sólo el 7% en localidades de 1000 habitantes o más. En cuanto a sus condiciones de vida es indicativo el que 28.5% es analfabeta, mientras que en el país sólo lo es el 10.2%; sus viviendas no tienen electricidad en un 21.7% (en el país el 6.5%); sin agua entubada el 40.2% (en el país el 15.7%); y sin drenaje 66.4% (en el país 24.9%). La gran mayoría de la población tiene empleo precario y forma parte de los grupos de mayor marginación en el país. (del Val, 1999) Las camas hospital por cada 100 mil habitantes es entre HLI 99, para el país es de 214 y para la población no indígena de 221.

Las estimaciones que se tienen sobre los factores demográficos muestran una gran variabilidad según los distintos grupos etnolingüísticos, aunque aquí sólo presento las generales al total de HLI. La mortalidad infantil, si se consideran los municipios con 40% o más HLI para 1990 se estima entre 55.1 defunciones por mil nacimientos, mientras que en el país se sitúa en 34.8; para 1995 es de 54, mientras que para el país es de 31 y para la población no indígena es de 29. La esperanza de vida al nacimiento para 1995 en HLI es de 69.5 años, en la nacional es de 73.4 y para la no indígena 73.7 años. La TGF en 1990 es de 4.6 hijos por mujer y para 1995 llega a 3.8, la que varía desde 3.25 para el grupo etnolingüístico Maya, hasta 4.34 para el grupo Tzeltal. La edad al matrimonio es de dos años menos en las indígenas y es de 18.9 años. Es significativo el

⁵ El presidente Miguel Alemán, dándose cuenta de que el gremio ferrocarrilero estaba aglutinando a la clase obrera, utilizó a Jesús Díaz de León, quien acostumbraba vestirse de charro los domingos, para dar el charrazo contra la directiva, los que fueron a la cárcel, encabezada por Valentín Campa y Luis Gómez Z. (el que salió de inmediato quedando en la cárcel Campa). Por el traje de charro es que les dicen *charros* a los traidores a la lucha sindical. (Petrich, 1999).

hecho de que las tasas específicas de fecundidad de las jóvenes de 15 a 19 años sea de 0.263, mientras que en la población no indígena es de 0.199; para el siguiente grupo de 20 a 24 se tiene 0.263 para HLI y para las no indígenas sólo 0.199. (CONAPO, 1998)

La estructura por edad, mediante una estimación aproximada de la población de 0 a 4 años para hacerla comparable a la estructura de población total, muestra para el grupo 0 a 14 años 30.74%; para el grupo 15 a 64 años 62.55% y para el de 65 años y más 6.71%, para 1995, para población en hogares de jefe o cónyuge HLI. Es decir, una población más envejecida, aparentemente como resultado acumulado de la emigración y posible permanencia y retorno de la población mayor. **La seguridad social institucional, no existe entre la población indígena y tampoco entre la rural no indígena.** Estamos frente a situaciones de miseria y solidaridad familiar y social.

Seguridad social y pensiones

Una consecuencia de la RM fue la creación en 1925 de la Dirección de Pensiones Civiles y de Retiro, que en 1959 se convertiría en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). En 1943 se instituye el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Junto con institutos estatales de carácter gubernamental y los que corresponden al ejército, la marina y a petróleos, constituyen en conjunto la seguridad social del país. Las pensiones del IMSS en un 96% se encuentran en el nivel de un salario mínimo y el resto en 1.5 salarios mínimos.

Siguiendo la línea del Banco Mundial sobre la administración de los recursos generados con el ahorro para el retiro, el 1º de julio de 1997 se aprueba la reforma de pensiones del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y se pasa de un esquema de beneficio definido o de reparto a un sistema de capitalización individual (SCI), en que los beneficios dependen de las aportaciones acumuladas durante la vida activa del trabajador y cuyo financiamiento se basa en la capitalización de las cuentas individuales, lo que corresponde a la privatización del sistema de pensiones. Se diagnosticó por el IMSS, que de haber continuado el sistema anterior para en año 2005 se daría un déficit en el Seguro de Invalidez, Vejez y Cesantía en Edad Avanzada. Se garantiza por la vía fiscal una pensión mínima en términos reales equivalente a un salario mínimo a la fecha de la reforma. Otro argumento fue demográfico en el sentido de que el rápido crecimiento de la tasas de dependencia (razón de pensionados respecto a trabajadores), implica aumentos en las contribuciones para poder financiar el sistema de retiro, mientras que el SCI es independiente de la estructura por edades, de ahí que se elimina una de las causas de descapitalización del sistema (Sandoval-Bustos, 1999).

El grado de eficiencia del nuevo sistema va a depender de:

“Los rendimientos reales, el crecimiento del salario real, la disminución del fondo por pago de pensiones y la densidad de contribución, entre otras variables, van a determinar las velocidades del crecimiento del fondo de pensiones. Mas aún, el desarrollo de tales variables va a depender del marco económico, financiero y demográfico en que se encuentren” (Sandoval-Bustos, 1999, p. 231).

Es precisamente en razón de lo anterior que se pone en duda el nuevo sistema, que además debe desarrollar el mercado de capitales doméstico, y reducir la fuga de capitales. En marzo de 1999 el

Banco de la Reserva Federal norteamericano señaló la cifra 38 mil millones de dólares depositados por mexicanos solamente en ése país, faltaría saber los montos de tales depósitos en otros lugares.

El último escándalo mexicano en relación con la auditoría realizada al Fondo Bancario de Protección al Ahorro (FOBAPROA), ordenada por la Cámara de Diputados ante la solicitud presidencial de que se transformaran estos pasivos en deuda pública y ante la dudosa cobranza de los créditos asumidos por tal fondo, con un costo fiscal del rescate al 30 de junio de 1998 de \$ 660 mil millones de pesos, equivalentes a poco menos de US\$ 70 mil millones, es decir, el 19% del producto interno bruto de 1998 a precios de mercado sin impuestos a los productos. (cifra preliminar del PIB en 1998 = \$ 3,462,530,395). Para 1999 esta cifra se estima en \$ 790 mil millones, o US\$ 84 mil millones y podría llegar al 25% del PIB si no se producen reformas legislativas en materia de quiebras y garantías de créditos y si la banca no se capitaliza.

En el siguiente cuadro resumen puede apreciarse la cobertura de asegurados y pensionados: (Farrel, 1999). Se presentan algunas discrepancias menores respecto a cifras que se presentan en un apartado posterior para el año 2000, estimadas por Ham (1999).

Instituciones	Trabajadores activos		Pensionados	
	Número (dic. De 1997)	% de PEA	Número (abril 1998)	Trabajadores por pensionado
IMSS	10,933,550	29.55	1,676,077	6.52
ISSSTE	1,913,852	5.17	333,060	5.75
Institutos y otros en los Estados	877,258	2.37	91,471	9.59
Total	13,724,660	37.09	2,100,608	6.53

“El número de institutos o dependencias existentes, la diferenciación en los esquemas de beneficios por pensiones, así como en los niveles de cuotas y aportaciones; incluso el otorgamiento de beneficios por parte del instituto o de la dependencia estatal en adición a los concedidos por el IMSS y la falta de portabilidad de derechos entre instituciones, permiten inferir la inexistencia de una planeación adecuada a nivel nacional, relativa al desarrollo del sistema mexicano de pensiones” (Farrell, 1999, pp. 188 y 189).

El problema central se traslada hacia la generación de empleo asalariado, aspecto que se trata dentro del apartado de consecuencias posibles de las proyecciones de población.

III. PROYECCIONES DEMOGRÁFICAS

Hipótesis de las proyecciones de la población al año 2050

En este apartado se emplean indistintamente dos documentos del CONAPO: el metodológico (octubre de 1998) y la publicación oficial en que se resumen las hipótesis y los resultados de las proyecciones (diciembre de 1998).

Para llegar a la estructura por edad base, se estimó la reconstrucción demográfica por entidad federativa de 1990 a 1995, mediante la proyección residente y una retroproyección para el mismo periodo, partiendo del principio de que en ninguno de ambos recuentos la misma persona debió ser contabilizada dos o más veces y seleccionando la mayor de las cifras en cada año como garantía de mayor cobertura. En la reconstrucción y para establecer las hipótesis de la evolución futura de los factores demográficos, se emplearon las estimaciones de la fecundidad derivadas de las encuestas desde 1976; la detallada reconstrucción de la mortalidad a nivel nacional entre 1930 y 1995 y de la estatal desde 1950; para migración interna el censo de 1990 y el conteo de 1995; y para migración internacional los censos mexicanos, los norteamericanos hasta 1990 y la *Current Population Survey de 1995*; para marzo de 1996 se estimó que los residentes en los Estados Unidos de Norteamérica nacidos en México oscilaban entre 7.0 y 7.3 millones. La dinámica prevista se basa en las consideraciones del *Programa Nacional de Población 1995-2000* (Poder Ejecutivo Federal, 1996), de llegar al año 2005 con un crecimiento de 1.45%, lo que equivale a una tasa global de fecundidad de 2.1 hijos por mujer o sea la de simple reemplazo generacional. Como se observa la búsqueda de un “crecimiento programático” ahora se fincó más en la observación de las tendencias, lo que en cierta medida significa, en términos políticos, el no tener que hacer rectificaciones molestas.

Llegar a la población base, después de estimar la subcobertura en el conteo de 1995, implicó la búsqueda de congruencia en la estructura por edad con la dinámica del pasado y cierta consistencia entre la composición etaria por sexos (índices de masculinidad), considerando también a la población residente en el país del norte, la mortalidad del pasado y la fecundidad. La proyección del riesgo de fallecer se llevó a cabo mediante la continuidad de la tendencia contenida en la larga reconstrucción del fenómeno desde 1930 y en particular el periodo de 1960 a 1965 en razón de los cambios recientes. Se está frente a una pauta típica de la mortalidad y la aceptación implícita de la persistencia de una mayor disminución de la mortalidad femenina. En el caso de la fecundidad se partió de 1962 cuando se alcanza un máximo histórico, y el ajuste mediante una función logística de la experiencia de 1962 a 1995, y considerando la asociación de fecundidad y mortalidad para el año 2005, en que se llegaría al reemplazo intergeneracional de 2.11 hijos por mujer.

Los resultados aparecen en el cuadro No. 1 para cada año: los montos de población total a que se llegará, así como las cifras de los indicadores demográficos básicos. Las tendencias son muy elocuentes, ya que es tan rápido el inicio de la transición demográfica con la disminución de la mortalidad; el breve rejuvenecimiento de la estructura que anuncia el preludio de la disminución de la fecundidad; la disminución acelerada de la fecundidad; la tendencia de ambos indicadores a la disminución paulatina; hasta llegar a niveles bajos y muy bajos en mortalidad y también muy bajos en fecundidad con crecimientos menores a cero.

Conviene recordar ahora: las predicciones de los demógrafos neomalthusianos frente al avance de la ciencia, en cuanto a cambios radicales en quimioterapia para la disminución de todo tipo de enfermedades transmisibles para la disminución de la mortalidad, y la disminución de la fecundidad por el empleo de métodos anticonceptivos y en ambos casos, **sin que sea necesario el desarrollo económico y social. Tales señalamientos se han convertido en nuestros países pobres en lo cotidiano.** Es claro que en los interiores nacionales tales disminuciones se dan con diferencias muy importantes y asociadas a las desigualdades económicas y sociales en ingreso, vivienda, educación, acceso a salud y seguridad social, etcétera. Y por su parte, las poblaciones

indígenas y rurales continúan con su rezago histórico. **Lo impresionante de todo lo anterior, es que los planteamientos de mayor bienestar con crecimientos demográficos menores han pasado a la historia, olvidados como argumentos que desencadenaron la acción de control demográfico.**

Discusión y resultados en cuanto a montos de población y cambios en la estructura

Para el año 2050 las Naciones Unidas han estimado para México 146 millones de habitantes con lo que tendría el 11° lugar entre los países más poblados del mundo. La proyección de CONAPO es de 131,576,077. Es decir, 15 millones de mexicanos menos, o el 10% menos, lo que se debe básicamente a una hipótesis más radical de descenso de la fecundidad y a una estimación de la emigración un poco mayor.

Respecto al cambio en fecundidad debe decirse que la posición gubernamental se ha vuelto más controlista. En ocasión del aniversario 25 del Consejo Nacional de Población, en que se reunieron los secretarios de Estado de las dependencias que integran el consejo, su presidente, el Secretario de Gobernación (ministerio del interior), planteó que

“el gobierno federal debe fortalecer su política poblacional , a fin de lograr menores índices de crecimiento demográfico y evitar con ello que los beneficios del desarrollo sean erosionados por un rápido aumento de la población.....ahora el reto es bajar más esa tasa, con pleno respeto a la libertad reproductiva de las parejas. Los cuatro retos de la política de población son en primer lugar reducir la tasa de crecimiento ya que se ubica en 1.8 por ciento anual; en segundo lugar deben ahora preverse los retos sociales y económicos derivados del cambio en la estructura poblacional y citó como ejemplo que la población menor de 15 años comenzó a reducirse, lo cual implica una baja en la demanda para los servicios de salud infantil y educación básica, pero en cambio el país deberá crear nuevos empleos y elevar el ahorro nacional.....además indicó, crecerá la población mayor de 65 años y con ello se incrementará la demanda de salud para enfermedades crónico-degenerativas, lo cual obligará también, desde ahora contar con un sistema eficiente de pensiones.....Un tercer desafío continuó, es mejorar la distribución de la población en el territorio nacional para que el proceso de desarrollo sea sustentable.....un cuarto desafío es romper el círculo vicioso entre el rápido crecimiento de la población y la pobreza, porque hoy las localidades más pobres son las de más alto crecimiento demográfico” (Resumen del periódico Reforma del 27 de marzo de 1999; la celebración ocupó un buen lugar en toda la prensa nacional).

Se hace evidente, de nueva cuenta, que el argumento neomalthusiano sigue vigente. La lección fue bien aprendida, no obstante toda la discusión latinoamericana y mundial sobre las causas del desempleo y la pobreza. También fueron bien aprendidas otras lecciones como las de los círculos viciosos. Pareciera que desde el poder la realidad no quiere verse. En la misma reunión el Secretario General del CONAPO, Rodolfo Tuirán, demógrafo señaló:

“.....Nuestro país vive una auténtica y silenciosa revolución demográfica, que ha provocado que el crecimiento natural de la población disminuyera considerablemente.....como resultado de un vertiginoso descenso de la fecundidad como de un importante aumento de la esperanza de vida..... hoy en día seríamos más de 142 millones en lugar de los 98 millones que somos, y creceríamos por efecto de la inercia demográfica, a un ritmo de alrededor de 4%, que es más del doble de la estimación del presente año”.

El resultado de las proyecciones del CONAPO hasta el año 2050, como de indicó, se resume en el Cuadro 1. La disminución de la fecundidad puede considerarse acelerada. No obstante se tomó en cuenta que diversos países desarrollados disminuyeron la fecundidad en períodos mas cortos.

Por ejemplo, la disminución de la descendencia que se ha considerado para México de 2.93 en 1994 a 1.68 en el año 2030, implica casi el doble de tiempo que le tomó a Noruega de 2.93 hijos en 1965 a 1.65 en 1985. Como se indicó anteriormente para el año 2005 se alcanzará el reemplazo intergeneracional de 2.11 hijos por mujer. A partir del año 2030 se considera que la TGF se mantendrá en 1.68 hasta el término de la proyección en el año 2050. Por su parte la tasas de natalidad en los mismos años pasa de 25.05 en 1995 a 18.91 en el año 2005, a 11.68 en el año 2030 y descenderá hasta 9.21 en el año 2050.

Para ese momento se acabaron los hermanos, se tendrá por ahí un tío, y, por otra parte, todos tendrán entre 2 y 4 abuelos longevos, con una elevada probabilidad de que estarán en casa todo el tiempo, y en lugar de que los abuelos cuiden a los nietos, los nietos tendrán que atender a los abuelos, los cuales, por otra parte, no podrán comprarles buenos regalos ya que no dispondrán de ingreso. Esta situación se prolongará, ya que los hijos del jefe de familia (nietos de los padres de sus padres), tenderán a no querer salir de casa antes de los 30 años de edad, ya que difícilmente encontrarán trabajo remunerado, a menos que formen parte de los deciles de población más ricos y tengan una buena preparación de las universidades privadas. Es probable que el hogar amplíe sus miembros agregando a la compañera o esposa del hijo del jefe del hogar, o al esposo o compañero de la hija, los que tendrán un hijo alrededor de los 30 años, que tendrá que ir a la escuela pública de calidad regular, manteniendo “el círculo vicioso” de la condición económica del conjunto familiar, si éste pertenece al 70% de la población pobre que es lo más probable. Tal nieto o bisnieto en el hogar tendrá que trabajar en alguna actividad informal a una edad temprana en la medida en que la economía neoliberal continúe, por lo que tendrá que interrumpir sus estudios.

La tasas de mortalidad van a variar entre 4.15 y 4.69 defunciones por cada mil habitantes hasta el año 2020 debido a las oscilaciones en las defunciones por las variaciones en los montos de población en las distintas edades, para aumentar regularmente a partir de ese año y llegar al año 2050 a una tasa de 9.21, que refleja la mortalidad de una población envejecida, o sea con una elevada proporción de población mayor, la que corresponde a una esperanza de vida al nacimiento de 83.7 años, 82 años para varones y 85.5 para mujeres.

Si la hipótesis de migración internacional de cumple, es decir, que los niveles recientes del saldo migratorio desde fuera y hacia fuera del país, se mantendrán constantes durante todo el tiempo de la proyección. Los cambios en el monto que aparecen en el Cuadro 1, son consecuencia de las transformaciones la estructura de edad de la población en México y el mantenimiento de la estructura por edades del saldo neto de la población migrante, de ahí que se “perderán” entre 291 mil personas y 309 mil al año, entre el año 1995 y el 2020, para disminuir a 256 mil en el 2030, en el 2040 a 224 mil y en el 2050 llegar a una pérdida de 196 mil. De 1995 hasta el año 2050 el saldo neto acumulado significa la pérdida de 14.8 millones de mexicanos, los que sumados a los 7 millones estimados con anterioridad, se llegará a 22 millones. Lo anterior significa respecto a la población en México el 18%, proporción nada despreciable, de ahí que por un buen periodo el paso de mexicanos hacia el país vecino del norte se mantendrá como tema central de las discusiones binacionales, el cual continuará como argumento político para obtener algunas otras ventajas de la pobreza mexicana junto con el mantenimiento de bajos costos de la mano de obra de ésta población migrante sobre todo si es ilegal. Por su parte el gobierno mexicano mantendrá la defensa de los derechos humanos de los nacionales en los Estados Unidos, con estancias legales o ilegales, también por la importancia de las remesas que para el año de 1995 se estima

entre 2 500 y 3 900 millones de dólares (Secretaría de Relaciones Exteriores, 1997). CONAPO estimó para 1996 que el 5.3% de los hogares (1'076,207 hogares), reciben ingresos de otros países, y prácticamente la totalidad proviene de los Estados Unidos. (CONAPO, 1999, p. 165). El promedio trimestral de ingreso por concepto de remesas ascendió a casi \$ 3 700, lo que representa el 46% de la masa acumulada de ingreso corriente corregido (descontando el valor estimado del alquiler de la vivienda no rentada o alquilada) en los hogares que la reciben.

Dada la importancia de la emigración vale la pena agregar una estimación reciente (Tuirán, Partida, Avila, 1999). Con tasas de emigración constantes, partiendo en 1996 de 7'033,361 se llegaría a 16'885,995 para el año 2030. Bajo hipótesis alta y baja sobre la economía mexicana, mas hipótesis de mantenimiento constante de las remesas *per capita* (RPC) o que aumentan, se llega a los resultados siguientes para el año 2030: A. Con economía alta y RPC constante, 16'322,957; B. Con economía baja y RPC constante, 17'945,220. C. Con economía alta y RPC que aumentan, 16,646,252. Por último D. Con economía baja y RPC que aumentan, 18'199,786.

Discusión sobre las hipótesis y los cambios en la estructura por edad de 1995 al 2050

La velocidad de las transformaciones previstas en los niveles de los factores demográficos básicos, mortalidad, fecundidad y migraciones pueden ser consideradas con dudas razonables, sobre todo ante las dificultades que se dan en nuestro país en relación con el crecimiento económico, cada vez más hipotecado y por la manera en que se ha desatendido el desarrollo social. Para 1995 el país ocupó el lugar 49 en el Índice de Desarrollo Humano (IDH), por debajo de Chile, Costa Rica, Argentina, Uruguay, Panamá y Venezuela entre los países latinoamericanos. Las opciones individuales, de acuerdo al proyecto neoliberal, cada vez más dependen de lo que propicia el mercado. Se ha aplicado una política de aumento limitado del gasto público social de partes importantes de la seguridad social, las pensiones, la educación y la vivienda y ya se ha hecho mención de que hoy el salario real se coloca por debajo del vigente en 1946. La adaptación del sector moderno de la economía al régimen de competencia externa desajusta el mercado de trabajo e invierte sus tendencias seculares. Se pierde la capacidad de sostener el poder adquisitivo del salario y de creación de empleo, por el cierre de industrias medianas y pequeñas, reducción de costos e implantación de tecnologías ahorradoras de trabajo, de ahí la expansión del empleo informal que actúa deprimiendo los salarios reales y se reduce la participación del trabajo en el producto. Por su parte, las tendencias tecnológicas mundiales y el proceso de ajuste estructural, destruyen la asociación entre el crecimiento y el empleo, de tal manera que puede darse la expansión de la producción con la reducción de la mano de obra.

En estas condiciones cobra mayor fuerza la nueva racionalidad respecto a la reproducción de la población, en donde el cambio más importante, a mi juicio, es la radical disminución de la proporción de población que piensa en un número indeterminado de hijos. Debe tenerse en cuenta también, que sólo hasta fines del siglo XX se llega de nueva cuenta a las tasas de crecimiento de los años treinta. Por otra parte, y como resultado de la acelerada disminución de la mortalidad y el mantenimiento de la fecundidad en sus muy elevados niveles, desde las primeras encuestas de fecundidad en México, a principios de los años sesenta, sin métodos anticonceptivos distribuidos masivamente y más de diez años antes del inicio institucionalizado de control del crecimiento demográfico, más del 60% de las mujeres unidas no quería tener más hijos y aceptaban la anticoncepción independientemente de la práctica de servicios religiosos (Benítez-

Zenteno, 1983). Resultaba claro: el aumento de los años en matrimonio de las parejas en edades reproductivas y la mayor sobrevivencia de los hijos llevaron a los más altos niveles históricos de la fecundidad en 1962, y, en consecuencia a no desear más hijos. Con rapidez se dio la pauta de difusión de la anticoncepción, de manera que el establecimiento del derecho a la determinación del número de hijos que se desean y el momento de tenerlos, y el ejercicio de la libertad en el uso de los métodos, posibilitó las proporciones tan elevadas de usuarias. La planificación familiar y posteriormente la salud reproductiva han hecho posible la prevalencia en el uso y también a la decisión de métodos definitivos. En las poblaciones indígenas y en la población rural el mantenimiento de niveles de fecundidad más elevados que en el resto de la población, está determinado en lo fundamental por las imposibilidades de acceso a los servicios de salud junto con carencias de todo. De cualquier manera, también en estas poblaciones ha disminuido la fecundidad.

Aunque los cambios previstos en las proyecciones del CONAPO hasta el año 2050 en mortalidad y fecundidad parecen excesivos, no tengo una alternativa que se les oponga. Las proyecciones de CELADE (CEPAL/CELADE, 1998), llegan para 1950 a 146.6 millones, 11.4% más en cuanto al monto de 131.6 millones estimados por CONAPO, con una tasa global de fecundidad que “se estaciona” en 2.1 en el quinquenio 2015-2020 y hasta 2050, mientras que la hipótesis de CONAPO llega a 2.1 en el año 2005 y “se estaciona” en 1.68 a partir de 2029 y hasta 2050. En cuanto a esperanza de vida al nacimiento, CELADE estima 79.5 años a finales de la proyección, mientras que la estimación de CONAPO llega a 79.6 años en el año 2016 y para el año 2050 llega a 83.7 años; en cuanto a migración los montos de ambas proyecciones son equivalentes. El monto del crecimiento anual total de CELADE llega al año 2047 con 356 mil, el que corresponde al año 2040 estimado por CONAPO ya que para el año 2044 el crecimiento es negativo, o sea que la población total empieza a disminuir año con año. Las diferencias en cuanto a estructura por edad de la población en al término de las proyecciones son considerables: para los tres grandes grupos de edad de menores de 15 años, de 15 a 64 y 65 y más la estimación de CELADE llega para ambos sexos a: 19.3%, 62.1% y 18.6% respectivamente, mientras que la de CONAPO estimó 14.6%, 60.7% y 24.7% respectivamente. El monto de la población de 65 años y más para CELADE llegaría a ser de 27.3 millones y para CONAPO de 32.4 millones, es decir 18.5% más.

Es muy probable que el curso real de la población mexicana se de entre las dos proyecciones que he mencionado, o sea que me mantengo como buena parte de los demógrafos, en una cierta posición ecléctica. Para los fines de éste trabajo y sobre todo para confrontar el dramático y posible escenario mexicano del año 2050 que pretende la proyección programática oficial, no hay eclecticismo que valga, ya que, por una parte, el panorama de una población aceleradamente envejecida junto, por otra parte, con una economía neoliberal de grandes mayorías de pobres cada vez más pobres, con pocos extremadamente beneficiados, proyecto que el gobierno actual mantiene fuera de toda ética pública. Los resultados de éste intento de gran cambio estructural en más de tres lustros no permiten alimentar el optimismo de nadie.

La insistencia de CONAPO en la proyección programática se debe, por una parte, a que no es razonable estimar un descenso de la fecundidad menor, dado el marcado descenso observado y el énfasis que se ha puesto en continuar ampliando la cobertura de los programas de planificación familiar y salud reproductiva. Por otra parte, en cuanto a la esperanza de vida al nacimiento, considero que está por encima de lo posible, ya que no parece factible que superaríamos la de Japón (como indica CONAPO, 1998, p. 15), misma que para 1995 fue de 79.5 años y para

México 73.6 años. La estimación para México llega al año 2050 a 83.7 años y las estimaciones para Japón son de 83.6 años para ambos sexos.

Los resultados de la proyección nos llevan a montos y proporciones sobre los que es necesario llamar la atención. En primer término se dan dos transferencias (Partida, 1999). La población de 0 a 14 años disminuye 14.2 millones a la vez que la de 65 a 75 años aumenta en 14.5 millones. Una segunda transferencia es la de las primeras dieciséis edades activas de 15 a 30 años que pierden 6.86 millones mientras que los más viejos de las edades activas, los de 31 a 45 años, ganan 6.81 millones. De inmediato aparecen las grandes dudas respecto a las condiciones de vida futura de las poblaciones de edades mayores, tanto dentro de las edades consideradas de vida activa como en las edades de 65 años y más. **Entre el año 2030 y 2040, México se convertirá en un país con predominio de viejos.** Espero que esto no invada la arena política.

Como he señalado, en el cuadro 1 se resumen los datos de las proyecciones para la población total, para montos de cada factor, año con año y los indicadores de los factores demográficos básicos. En los cuadros 2, 3 y 4 se presentan las poblaciones total, de hombres y de mujeres por grupos quinquenales de edad y para cada uno de ellos se presentan en los subcuadros a y b los datos absolutos y los relativos para grandes grupos de edad. En el gráfico 2 se presentan las pirámides de edad cada diez años y la de 1996, primer año de la proyección. En el gráfico 3 se comparan las pirámides 1996 y 2050 que adopta una forma de “foco” puntiagudo invertido, en donde la transición demográfica moderna llega a su fin, **para iniciar la segunda transición demográfica**, como la bautizó Van de Kaa (1987) en que la población disminuye y todas las previsiones sociales en salud, seguridad social, educación y también en empleo tienen que replantearse, además del gran desconcierto cultural.

En México los planes de desarrollo son sexenales como reflejo de los periodos presidenciales y en la actualidad se inicia la contienda electoral con una posible alianza opositora al partido que gobierna desde hace 70 años. De ahí que no se puedan hacer referencias sobre el futuro, aunque vale la pena hablar de las hipotecas nacionales que entorpecen, precisamente, el futuro bienestar de la población.

Los cambios en la estructura por edad resultan muy impresionantes. Ya se han señalado las grandes transferencias hacia grupos de edad, vale la pena señalar los grandes cambios que ocurrirán en la población de los grandes grupos de edad en términos de crecimientos anuales.

PERIODOS	EIDADES					TOTAL
	0-14	15-64	65 y +	65-79	80 y +	
1996 a 2000	-0.28	2.47	3.65	3.99	2.43	1.57
2000 a 2010	-0.98	2.00	3.91	3.79	4.32	1.20
2010 a 2020	-0.98	1.17	4.39	4.26	4.86	0.85
2020 a 2030	-1.11	0.30	4.70	4.70	4.70	0.54
2030 a 2040	-1.05	-0.25	3.98	3.49	5.21	0.25
2040 a 2050	-1.07	-0.68	2.57	1.74	4.67	-0.05

(Tasas de crecimiento medio anual estimadas por períodos)

Para las edades de menos de 15 años las tasas negativas aumentarán muy rápidamente y al momento en que la fecundidad permanece constante en las estimaciones (1930) de inmediato se refleja en el crecimiento negativo menor. A la disminución de los montos en este grupo de edad se le ha denominado, irónicamente, "el bono demográfico".

El crecimiento de la población en edades activas va a disminuir con rapidez. No obstante debe considerarse que anualmente se incorporan a este grupo de 1996 al 2000, un monto de 1'435,558. Del año 2000 al 2010 será de 1'352,552 y sólo a partir del año 2010 se agregarán montos anuales menores al millón, en promedio serán 928 mil; para el decenio de 2020 a 2030 se agregarán en promedio sólo 323 mil; y a partir del año 2030 el monto inicia su descenso en cifras absolutas. El "bono demográfico" respecto a la demanda de empleo, si el proyecto neoliberal se mantiene, para desgracia de los mexicanos, llegará con 50 años de retraso (de 1980 al 2030).

El gran cambio en relación con la población mayor estimada lleva a que el tal bono demográfico no sirva para nada. En sólo 50 años se pasará de 4.8 millones a 32.4 millones. Los muchos requerimientos implicados obligan a dar prioridad al proceso de envejecimiento y en particular a éste grupo de varones y mujeres mayores, y sin duda alguna incorporarlo como uno de nuestros grandes problemas nacionales.

Sobre el futuro de las pensiones

Después de muy diversos intentos y estimaciones Ham (1999) pudo "penetrar" las "valuaciones" actuariales de los sistemas de pensiones. Las cifras que se presentan en el cuadro 5 muestran las proyecciones de la población total y los de la PEA del 2000 hasta el año 2050; la cobertura que se espera de acuerdo a las consideraciones institucionales, pensionados por trabajadores, y costo de las pensiones con respecto a la masa salarial. La PEA muestra las variaciones de la estructura por edad respecto a la población total, cada 10 años significa, 36%, 38.7%, 40.4%, 40.0%, 37.6% y 35.2%. La población con seguridad social pasa de 41.4% en el año 2000 a 46.4% en el 2030 y baja al 44% para el 2040 y 2050. Esto significa el paso de 14.8 millones con seguridad social en el año 2000 a 20.4 millones en el 2050, con 25.9 millones sin seguridad social. La población rural y las poblaciones indígenas no participan en absoluto de seguridad social.

El número de asegurados por trabajadores pasaría de 19.6% en el año 2000 a 55.5% en el año 2050, con variaciones muy grandes ya que en el IMSS en donde se atiende a la masa de trabajadores de la iniciativa privada la proporción pasa de 16.2% a 51%, mientras que en los organismos descentralizados en donde se conceden jubilaciones anticipadas, hay pensiones indexadas y laxitud para conceder pensiones por invalidez, se pasa de 42.1% a 108.3%.

Respecto a la masa salarial, el costo de las pensiones pasa de 12.7% a 35% en el año 2050. En el IMSS pasa de 8.5% a 26.7 y es la institución que cubre el 75.5% de la PEA con seguridad social en el año 2000, con una gran insuficiencia para cubrir necesidades mínimas, ya que el 96% de las pensiones se encuentran en el nivel mínimo legal es decir corresponden a un salario mínimo (US\$ 35.00 mensuales en el Distrito Federal). En el ISSSTE el costo pasa de 16.7% a 43.5% de la masa salarial y la jubilación promedio es de 1.5 salarios mínimos. En los organismos descentralizados

(OD) llegará al 84.5% de la masa salarial. En todo el país sólo el 18% de la población mayor de 60 años y más tiene algún tipo de pensión.

IV. CONSIDERACIONES

Desde Bucarest se estableció que el crecimiento demográfico es solo uno de los elementos del camino complejo hacia el desarrollo socioeconómico, y se buscó que los países integraran en sus programas a los factores demográficos asociados a las distintas áreas de acción gubernamental. En México, después de 25 años de que se estableció el Consejo Nacional, de Población, los distintos programas han tenido un éxito relativo, salvo los programas orientados al control del crecimiento mediante el uso de métodos anticonceptivos. No obstante la acelerada reducción de la fecundidad y el establecimiento de una tendencia que se plantea para el siglo XXI orientada hacia un crecimiento nulo, e incluso negativo, han convivido tanto con los avances en el bienestar del conjunto de la sociedad logrados de 1940 hasta 1980, como con su estancamiento y su retroceso. Al mismo tiempo, las tareas intentadas de gran transformación en los últimos 15 años de cambio estructural han resultado un gran fracaso que tan sólo ha beneficiado a sectores muy reducidos, ya que ha tenido lugar una centralización y acumulación de riqueza nunca vista.

Hacia 1980 el Estado sumaba 1 155 empresas de todo tipo bajo su tutela⁶, y hoy quedan menos de 40 paraestatales. El gran viraje al modelo neoliberal calificó al pasado de “populista” y lo llenó de desprecio. Algunos autores consideran que tal modelo va de salida y deja más de 17 años de crecimiento nulo. Estamos frente a casi dos décadas perdidas, en donde la apertura “de inmediato” frente al exterior se considera como uno de los factores de quiebre de la industria nacional. No obstante, muchos industriales y otros agregados más, lograron vender al exterior. Al mismo tiempo las viejas prácticas corruptas quedaron ampliamente superadas ante situaciones que ahora tiene que pagar el pueblo como la de FOBAPROA, o la de la población trabajadora que recibirá magros recursos para sobrevivir sus últimos años de vida.

Las críticas más severas señalan al modelo económico “fácil” que orienta la acción gubernamental, que el neoliberalismo ya ha sido superado en los Estados Unidos y en Europa y están teniendo éxito. La tecnocracia mexicana sigue empeñada en su repetido manejo de la economía. Basta con un buen control del gasto público y la balanza comercial, la inflación y tener un tipo de cambio estable. La ocupación y la distribución de la riqueza vienen solas, sobre todo si se tiene cuidado en que el crecimiento demográfico no erosione los beneficios del desarrollo. La alternativa que se plantea es la de crecer desde dentro, distribuir mejor y dar apoyo real a la agricultura. Que el salario sea adecuado, fomentar la producción agrícola. Desde luego hay que poner el acento en la inversión para producir y eliminar la especulación. Hoy día no puede ofrecerse estabilidad, aún ampliando de nueva cuenta la deuda externa y tampoco puede garantizarse el crecimiento. La esterilidad del modelo estriba en las limitaciones al crecimiento del mercado y el permanente castigo a los salarios.

Buena parte de los grandes problemas que se han suscitado, mencionados en este trabajo, afectarán el largo plazo mexicano y las decisiones deben buscarse precisamente desde tal

⁶ La Secretaría del Patrimonio Nacional supervisaba 102 organismos descentralizados, 744 empresas de participación mayoritaria, 231 fideicomisos públicos, y 78 empresas de participación minoritaria.

perspectiva. El problema de los cambios en la estructura por edad de la población y dentro de ellos el del gran monto y crecimiento de la población mayor debe considerarse como gran problema nacional.

Sin duda aparecen escollos en el camino. El primero es la incomprensión hasta el cansancio de la gran ampliación de la pobreza, el recrudecimiento de la desigualdad y las nuevas formas y ritmos de concentración de la riqueza. El crecimiento demográfico poco ha tenido que ver. La distancia entre los resultados del conocimiento científico y las orientaciones de la política con preocupaciones alejadas y contrarias al bienestar social constituye una barrera, que puede derrumbarse sólo por la vía de la democracia. No obstante, el estreno de los tiempos democráticos en que vivimos, impide por ahora la visión del largo plazo, y aún no sabemos hacia adonde se orienta el proceso pluripartidista. Por ahora ya ha llegado a las cámaras la consideración del envejecimiento demográfico, precisamente a través de representantes de la oposición, y en las discusiones participa también la academia, de ahí la necesidad de renovar el optimismo.

La política de población debe mantener el gran objetivo de bienestar social y dar respuestas a problemas sustantivos, incorporando cada vez más la participación de la población en la implementación de las políticas. En condiciones democráticas ampliadas habrá que establecer formas nuevas de relación población-gobierno a partir de bases de ética y moral pública y privada. No obstante, desde ahora es necesario el desarrollo de lo que hemos llamado "cultura demográfica", o sea la enseñanza, trasmisión y comunicación de los conocimientos que surgen de la demografía en su más amplia connotación. Poco a poco se han logrado avances en educación en población, penetrando el sistema educativo de enseñanza básica (primaria y secundaria). Se trata de que el conocimiento demográfico moderno forme parte de la cultura, lo que hará posible entre otros aspectos, la participación de la población desde una perspectiva libertaria. En educación en población aparecen temáticas que tienen que ver con la comprensión de la realidad en términos históricos. Uno de ellos, sin duda, es la comprensión de la transición demográfica y sus posibles secuelas que en condiciones de subdesarrollo no tienen nada de benéfico. Otro gran tema es el del cabal entendimiento de los problemas de género y la necesidad de derechos y condiciones reales de igualdad de mujeres y varones, en donde el señalamiento de derechos desde la Constitución es insuficiente, ya que subsisten, entre otras, situaciones de salario diferente ante las mismas tareas. Sobrevive también el machismo, pero sobre todo la incomprensión de la condición de sometimiento de la mujer, que se ha generado históricamente. De igual manera, habrá que recrear los espacios sociales de la población mayor, y desde luego enfrentar el gran problema de sus lacerantes condiciones de vida desde hoy y en el futuro. El anciano debe ser considerado desde los tipos posibles de apoyo social e institucional y en sus condiciones de vida en compañía, en soledad, o la de indigencia. Desde la perspectiva de la cultura demográfica, la recuperación del papel positivo de la población mayor en todos los ámbitos es esencial como presupuesto básico en la consideración de los grandes problemas de bienestar social de este sector, en donde los cambios recientes, por ejemplo en cuanto a pensiones, constituyen un atentado histórico.

Tenemos que recrear el viejo tema de la integración de lo demográfico en las políticas de desarrollo de acuerdo a los sectores de la acción pública, tratando a lo demográfico dentro de dos grandes vectores que orientan lo que hay que hacer: los derechos humanos y las necesidades de la población. A su vez, la acción implica dos grandes vertientes de crítica: la ética de la acción

pública, en términos del sistema constitutivo que nos rige, y la ética de la acción individual en cuanto a obligaciones y derechos. La visión demográfica propicia la consideración del individuo en familia, en comunidades locales y regionales, en el mercado, y lo demográfico surge y se inscribe en la acción y el cambio social.

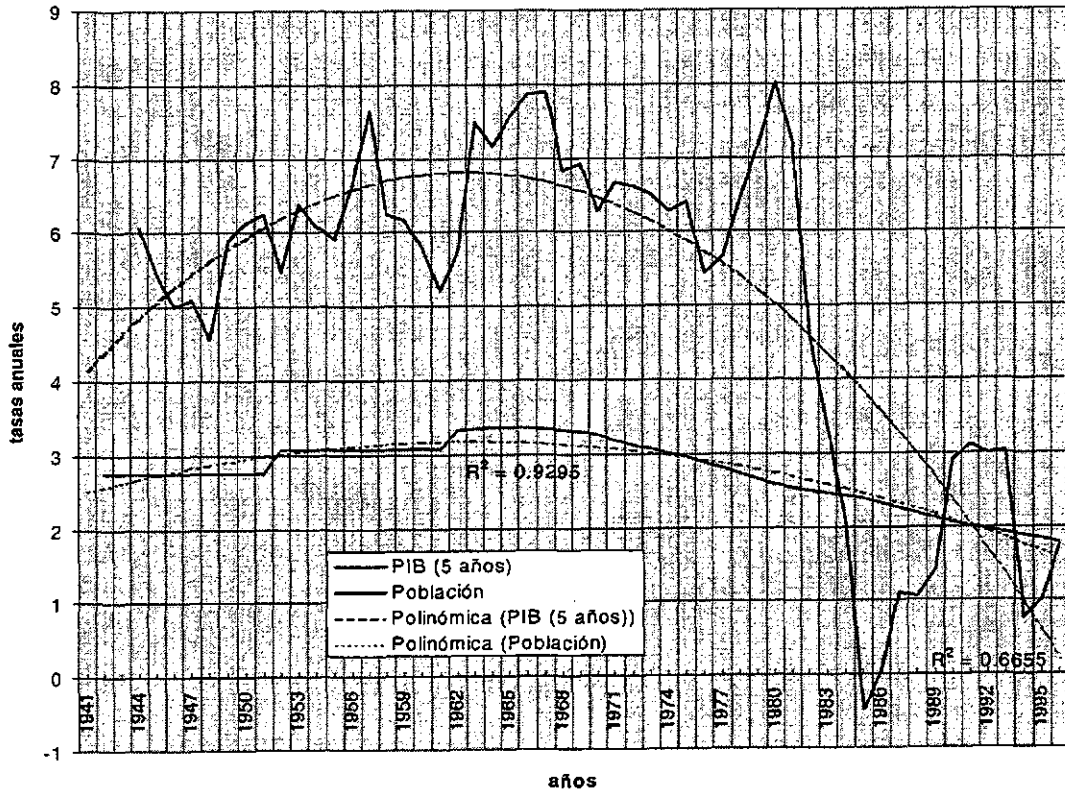
BIBLIOGRAFÍA

- Aguilar, Genaro, 1999, *Pobreza y concentración del ingreso*, Centro de Investigaciones Económicas, Administrativas y Sociales (CIECAS), Instituto Politécnico Nacional.
- Benítez-Zenteno, Raúl, 1970, "La expansión demográfica de México", en *Dinámica de la población de México*, El Colegio de México.
- _____, 1979, "La transición demográfica en México, problemas y consecuencias", en *La Universidad Nacional y los Problemas Nacionales Tomo II*, México. pp. 41-89. En *Gaceta UNAM*, 4ª época, vol. III, suplemento núm. 14, del 21 de junio de 1979. En *Población y política en México, Antología*, Coordinación de Humanidades e Instituto de Investigaciones Sociales, UNAM y Editorial Miguel Angel Porrúa, 1998, pp. 13-81
- _____, 1983, "Introducción", en, Benítez-Zenteno, Raúl y Julieta Quilodrán, *La fecundidad rural en México*, El Colegio de México, UNAM, pp. 11-24.
- Bolvinik, Julio, 1999, "Población y crecimiento económico. ¿tiene fundamentos científicos el control de la población?", en *Demos, Carta Demográfica sobre México, No. 12*, en prensa.
- Bonfil Batalla, Guillermo, 1989, *México profundo. Una civilización negada*, México, SEP-CIESAS.
- Bronfman Pertzovsky, Mario y Sergio López Moreno, 1999, "Salud y desigualdad en México: las cuentas pendientes", en *Demos, Carta Demográfica sobre México No. 12* en prensa.
- Cabrera, Gustavo, 1965, *Indicadores demográficos de México a principios de siglo*, Mimeografiado.
- Camposortega, Sergio, (1997), "Cien años de mortalidad en México", en *Demos, Carta Demográfica sobre México, No. 10*, pp. 11-13.
- CEPAL/CELADE, 1998, *AMÉRICA LATINA: PROYECCIONES DE POBLACIÓN 1970-2050*, Boletín Demográfico 62, Julio 1998, pp 164
- Chesnais, Jean-Claude, 1988, "Crecimiento demográfico y desarrollo: un auge inexplicado", en, *Boletín de Población de las Naciones Unidas, Nos. 21/22-1987*, Naciones Unidas, Nueva York, 1988 pp. 19-28.
- _____, 1990, *El proceso de envejecimiento de la población*, CELADE-Chile, INED, Francia, Santiago de Chile pp. 145.
- Collver, Andrew, 1965, *Bird rates in Latin America: New estimates of historical trends and fluctuations*, Berkeley, University of California.
- Comisión de Trabajo y Previsión Social de la Cámara de Diputados, 1999, "Desajustes del modelo Económico actual: Paz Zarza, (Secretario de la Comisión Javier Paz Zarza), Periódico *La Jornada, Sección Sociedad y Justicia*, México, viernes 6 de agosto de 1999.
- CONAPO, 1998, *Proyecciones de la Población de México 1996-2050, Documento Metodológico* Octubre, Consejo Nacional de Población, pp. 128.
- _____, 1998b, *Proyecciones de la Población de México 1996-2050*, Primera edición, diciembre, Consejo Nacional de Población, México, p 26 y diskette.

- _____, 1999, *La situación demográfica de México, 1999*, Consejo Nacional de Población, México.
- Corona, Rodolfo, 1997, "Cambios en migración interna de los hogares", en *Demos, Carta Demográfica sobre México, No. 10*, pp. 19-21.
- Cortés, Fernando, 1998, "Política económica y desigualdad. Distribución del ingreso según su origen", en *Demos, Carta Demográfica sobre México, No. 11* pp. 26-28.
- Damián González, Araceli, 1999, *Adjustment, Poverty and Labour Market y Mexico City, 1982-1984*, Thesis submitted for consideration for the award of the degree, Doctor of Philosophy in the University of London.
- del Val, José, 1999, "La población indígena y el desarrollo", en *Demos, Carta Demográfica Sobre México No. 12*, en prensa.
- ENADID, 1997, *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 1997*. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, México, 1999.
- Farell, Rosa María, 1999, "Evaluación y perspectivas de la seguridad social", en *Envejecimiento demográfico en México: retos y perspectivas*, Comisión de población y Desarrollo del Senado de la República, Consejo Nacional de Población y Cámara de Diputados, pp. 173-190.
- Fernandez Ham, Patricia, 1998, "Los montos de la población indígena. Tres aproximaciones Analíticas", en *Demos, Carta Demográfica sobre México No.11*, pp.31-32.
- Garza, Gustavo, 1998, "Evolución del sistema de ciudades en México, 1960.1995", en *Demos, Carta Demográfica sobre México, No. 11*, pp. 23-25.
- Garza, Gustavo y Virgilio Partida, 1988, "Desarrollo urbano, hacia una superconcentración espacial", en *Demos, Carta Demográfica sobre México No. 1*, pp. 11-12.
- Gómez de León, José, 1996, "Fecundidad y anticoncepción, tendencias recientes, diferencias y agentes institucionales", en *Demos, Carta Demográfica sobre México, No. 9*, pp. 8-10.
- Ham, Roberto, 1999, "El futuro de las pensiones. Promesas fáciles de difícil cumplimiento", en *Demos, Carta Demográfica sobre México No. 12*, en prensa.
- INEGI, 1977, 1984, 1989, 1992, 1994, 1996, *Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares*, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, México.
- Kuznets, Simon, 1974, *Población y crecimiento económico*, Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE), Serie D, San José Costa Rica.
- Martínez-Manautou, Jorge, 1997, "Cambios en Planificación Familiar", en *Demos, Carta Demográfica sobre México No. 10*, pp. 37-39.
- Mendoza, Dorotéo, 1998, "Los factores determinantes de la disminución de la fecundidad", en *Demos, Carta Demográfica sobre México, No. 11*, pp. 8-9.
- Mier y Terán Martha, 1991, "Dinámica de la población en México: 1895-1990", en *Demos, Carta Demográfica sobre México, No. 4*, pp. 4-5.
- Naciones Unidas, 1983, *Plan de acción internacional de Viena sobre el envejecimiento*, Asamblea mundial sobre el envejecimiento, 26 de julio a 6 de agosto de 1982, Viena, Austria, Nueva York, 1983.
- Pacheco, Edith, 1997, "Cambios en la población económicamente activa: 1900-1995", en *Demos, Carta Demográfica sobre México, No. 10*, pp. 30-32.
- Partida, Virgilio, 1999, "La población de México hasta el año 2050", en *Demos, Carta Demográfica sobre México, No. 12*, en prensa.
- Petrich, Blanche, 1999, "Norberto Vargas Ortiz, ferrocarrilero" en *Revisión siglo XX*, publicación catorcenal, Número 4, Distribuida por el periódico La Jornada, sábado 5/VI/1999..
- Poder Ejecutivo Federal, 1996, *Programa Nacional de Población, 1995-2000*, CONAPO, pp.

- Rubalcava, Rosa María, "Ingresos de las personas de edad y características de sus hogares", en, *Envejecimiento demográfico de México: retos y perspectivas*, en, Comisión de Población y Desarrollo de la Cámara de Senadores, CONAPO y Cámara de Diputados, México, pp.125-143.
- Salas, Carlos, 1998, "Empleo familia e ingreso. Persistente dualidad productiva". En *Demos, Carta Demográfica sobre México, No. 11*, pp. 28-30.
- _____, 1999, "Empleo y tercera edad: dinamismo y tendencias" en, *Envejecimiento demográfico en México: retos y perspectivas*, Comisión de población y Desarrollo del Senado de la República, Consejo Nacional de Población y Cámara de Diputados, pp.111-124
- Sandoval-Bustos, Maritza, 1999, "La privatización del sistema de pensiones y su impacto sobre el ahorro doméstico", en *Envejecimiento demográfico en México: retos y perspectivas*, Comisión de población y Desarrollo del Senado de la República, Consejo Nacional de Población y Cámara de Diputados, pp. 219-234.
- Secretaría de Relaciones Exteriores, 1997, *Estudio binacional México-Estados Unidos sobre migración*, Informe del estudio binacional, SRE y CONAPO, México.
- Simon, Julian L., 1992, *The ultimate resource 2*, Princeton University Press, Princeton, New Jersey. Citado por Boltvinik, 1999.
- Solís, Patricio, 1997, "Cambios en el crecimiento de la población urbana y de la población rural", en, *Demos, Carta Demográfica sobre México, No. 10*, pp. 6-8.
- Tuirán, Rodolfo, 1997, "La migración de mexicanos a Estados Unidos. Patrones de continuidad y cambio", en, *Demos, Carta Demográfica sobre México, No. 10*, pp.21-23. Con base en muy diversos trabajos del *Estudio Binacional México-Estados Unidos sobre la Migración bilateral*, Washington y México, 1996 (Autores: Bean, F.; Corona, R.; Gómez de León, J.; Tuirán, R.; Woodrow, K.)
- Tuirán, Rodolfo, Virgilio Partida, y José Luis Avila, 1999, *Crecimiento económico, libre comercio y la migración mexicana a los Estados Unidos en el nuevo milenio*, Consejo Nacional de Población, mimeografiado.
- Van de Kaa, Dirk, 1987, *Europe's Second Demographic Transition*, Washington D. C., Population Reference Bureau, Population Bulletin 42(1); reimpresión en 1993.
- Welti, Carlos, 1997, "Cambios en la fecundidad", en *Demos, Carta Demográfica sobre México, No. 10*, pp. 16-18.

Tasas de crecimiento. población y PIB (medias móviles 5 años)



Cuadro 1

Indicadores demográficos, 1995-2050

Año	Población a mitad de año					Crecimiento			Tasa de natalidad	Tasa de Mortalidad	Tasas de crecimiento			Tasa global de fecundidad	Esperanzas de vida al nacimiento			Tasa de mortalidad infantil
	Total	Hombres	Mujeres	Nacimientos	Defunciones	Natural	Social	Total			Natural	Social	Total		Total	Hombres	Mujeres	
1995	91992164	45600353	46391811	2303962	423118	1880844	-290986	1589858	25.05	4.60	2.04	-0.32	1.73	2.81	73.60	71.26	75.93	30.5
1996	93571606	46387158	47184448	2282668	422235	1860433	-291407	1569026	24.39	4.51	1.99	-0.31	1.68	2.73	73.96	71.65	76.28	29.3
1997	95127496	47156833	47970663	2258694	421637	1837057	-294313	1542744	23.74	4.43	1.93	-0.31	1.62	2.65	74.34	72.04	76.64	28.1
1998	96648935	47908937	48739998	2218498	421512	1796986	-296843	1500143	22.95	4.36	1.86	-0.31	1.55	2.55	74.70	72.41	76.98	26.9
1999	98132418	48641698	49490720	2188429	422258	1766171	-299342	1466829	22.30	4.30	1.80	-0.31	1.49	2.48	75.03	72.77	77.29	25.9
2000	99582251	49357321	50224930	2158276	423912	1734364	-301517	1432847	21.67	4.26	1.74	-0.30	1.44	2.40	75.35	73.10	77.60	24.9
2001	100997684	50055442	50942242	2127664	426225	1701439	-303434	1398005	21.07	4.22	1.68	-0.30	1.38	2.34	75.66	73.43	77.89	24.0
2002	102377645	50735534	51642111	2096212	429171	1667041	-305131	1361910	20.48	4.19	1.63	-0.30	1.33	2.27	75.95	73.74	78.17	23.2
2003	103721820	51397457	52324363	2065827	432815	1633012	-306568	1326444	19.92	4.17	1.57	-0.30	1.28	2.21	76.23	74.03	78.43	22.4
2004	105030871	52041577	52989294	2036573	437154	1599419	-307760	1291659	19.39	4.16	1.52	-0.29	1.23	2.16	76.50	74.32	78.69	21.6
2005	106306438	52668746	53637692	2010185	442039	1568146	-308667	1259479	18.91	4.16	1.48	-0.29	1.18	2.11	76.77	74.60	78.94	20.9
2006	107550376	53279951	54270425	1984920	447226	1537694	-309305	1228389	18.46	4.16	1.43	-0.29	1.14	2.06	77.03	74.88	79.19	20.2
2007	108763734	53875760	54887974	1960726	452747	1507979	-309651	1198328	18.03	4.16	1.39	-0.28	1.10	2.02	77.30	75.16	79.44	19.5
2008	109947457	54456695	55490762	1937511	458681	1478830	-309705	1169125	17.62	4.17	1.35	-0.28	1.06	1.98	77.57	75.44	79.69	18.8
2009	111102666	55023368	56079298	1915776	464994	1450782	-309498	1141284	17.24	4.19	1.31	-0.28	1.03	1.95	77.83	75.72	79.94	18.2
2010	112230723	55576517	56654206	1895455	471650	1423805	-308966	1114839	16.89	4.20	1.27	-0.28	0.99	1.92	78.10	76.00	80.19	17.5
2011	113332883	56116813	57216070	1876291	478665	1397626	-308155	1089471	16.56	4.22	1.23	-0.27	0.96	1.89	78.36	76.28	80.44	16.9
2012	114410133	56644811	57765322	1858180	486121	1372059	-307029	1065030	16.24	4.25	1.20	-0.27	0.93	1.86	78.62	76.56	80.69	16.3
2013	115462978	57160790	58302188	1840432	494102	1346330	-305664	1040666	15.94	4.28	1.17	-0.26	0.90	1.84	78.88	76.83	80.93	15.7
2014	116491249	57664708	58826541	1822659	502800	1319859	-303980	1015879	15.65	4.32	1.13	-0.26	0.87	1.82	79.13	77.10	81.16	15.1
2015	117494347	58156275	59338072	1804645	512278	1292367	-302052	990315	15.36	4.36	1.10	-0.26	0.84	1.81	79.37	77.35	81.39	14.6
2016	118471553	58635136	59836417	1786553	522590	1263963	-299867	964096	15.08	4.41	1.07	-0.25	0.81	1.79	79.59	77.58	81.60	14.1
2017	119422133	59100935	60321198	1768470	533924	1234546	-297468	937078	14.81	4.47	1.03	-0.25	0.78	1.78	79.80	77.80	81.79	13.7
2018	120345086	59553177	60791909	1750082	546435	1203647	-294838	908809	14.54	4.54	1.00	-0.24	0.76	1.76	79.98	78.00	81.97	13.3
2019	121240205	59991775	61248430	1731195	557692	1173503	-292062	881441	14.28	4.60	0.97	-0.24	0.73	1.75	80.21	78.24	82.18	12.9
2020	122106672	60416342	61690330	1711870	571262	1140608	-289111	851497	14.02	4.68	0.93	-0.24	0.70	1.74	80.39	78.43	82.35	12.5

2021	122942539	60825851	62116688	1692131	585858	1106273	-286055	820218	13.76	4.77	0.90	-0.23	0.67	1.73	80.55	78.60	82.50	12.2
2022	123746553	61219656	62526897	1671969	601280	1070689	-282881	787808	13.51	4.86	0.87	-0.23	0.64	1.72	80.71	78.77	82.65	11.9
2023	124517600	61597186	62920414	1651349	617428	1033921	-279633	754288	13.26	4.96	0.83	-0.22	0.61	1.72	80.86	78.92	82.79	11.6
2024	125254671	61957927	63296744	1630453	634271	996182	-276316	719866	13.02	5.06	0.80	-0.22	0.57	1.71	81.00	79.08	82.92	11.4
2025	125956996	62301467	63655529	1609333	651764	957769	-272989	684780	12.78	5.17	0.76	-0.22	0.54	1.70	81.14	79.22	83.05	11.1
2026	126623933	62627482	63996451	1588652	669908	918744	-269643	649101	12.55	5.29	0.73	-0.21	0.51	1.70	81.27	79.36	83.18	10.9
2027	127254909	62935665	64319244	1567805	688690	879115	-266289	612826	12.32	5.41	0.69	-0.21	0.48	1.69	81.40	79.50	83.30	10.7
2028	127849392	63225744	64623648	1547195	708125	839070	-262916	576154	12.10	5.54	0.66	-0.21	0.45	1.69	81.53	79.64	83.42	10.4
2029	128406911	63497467	64909444	1526655	728194	798461	-259572	538889	11.89	5.67	0.62	-0.20	0.42	1.68	81.65	79.77	83.54	10.2
2030	128926906	63750548	65176358	1506240	748895	757345	-256251	501094	11.68	5.81	0.59	-0.20	0.39	1.68	81.77	79.90	83.65	10.0
2031	129410861	63985745	65425116	1490025	770259	719766	-252956	466810	11.51	5.95	0.56	-0.20	0.36	1.68	81.89	80.02	83.76	9.8
2032	129860188	64203780	65656408	1473827	792266	681561	-249697	431864	11.35	6.10	0.52	-0.19	0.33	1.68	82.01	80.15	83.87	9.6
2033	130274912	64404672	65870240	1457808	813804	644004	-246427	397577	11.19	6.25	0.49	-0.19	0.31	1.68	82.15	80.29	84.00	9.4
2034	130655059	64588443	66066616	1442080	836145	605935	-243212	362723	11.04	6.40	0.46	-0.19	0.28	1.68	82.27	80.43	84.12	9.2
2035	131000099	64754821	66245278	1426669	859287	567382	-240026	327356	10.89	6.56	0.43	-0.18	0.25	1.68	82.40	80.56	84.24	9.0
2036	131309492	64903554	66405938	1411507	883230	528277	-236862	291415	10.75	6.73	0.40	-0.18	0.22	1.68	82.52	80.69	84.35	8.8
2037	131582604	65034324	66548280	1396522	907964	488558	-233730	254828	10.61	6.90	0.37	-0.18	0.19	1.68	82.63	80.81	84.46	8.7
2038	131818871	65146865	66672006	1381780	933484	448296	-230605	217691	10.48	7.08	0.34	-0.17	0.17	1.68	82.74	80.92	84.56	8.5
2039	132017718	65240892	66776826	1367283	959751	407532	-227523	180009	10.36	7.27	0.31	-0.17	0.14	1.68	82.85	81.03	84.66	8.3
2040	132178593	65316150	66862443	1352939	986741	366198	-224468	141730	10.24	7.47	0.28	-0.17	0.11	1.68	82.95	81.14	84.75	8.2
2041	132300875	65372339	66928536	1338696	1014423	324273	-221434	102839	10.12	7.67	0.25	-0.17	0.08	1.68	83.04	81.24	84.84	8.0
2042	132383968	65409174	66974794	1324519	1042755	281764	-218422	63342	10.01	7.88	0.21	-0.16	0.05	1.68	83.13	81.34	84.93	7.9
2043	132427261	65426372	67000889	1310393	1071673	238720	-215471	23249	9.90	8.09	0.18	-0.16	0.02	1.68	83.22	81.43	85.01	7.8
2044	132430192	65423676	67006516	1296298	1101121	195177	-212569	-17392	9.79	8.31	0.15	-0.16	-0.01	1.68	83.31	81.52	85.09	7.7
2045	132392222	65400839	66991383	1282201	1131038	151163	-209691	-58528	9.68	8.54	0.11	-0.16	-0.04	1.68	83.39	81.61	85.17	7.6
2046	132312902	65357638	66955264	1268121	1161340	106781	-206894	-100113	9.58	8.78	0.08	-0.16	-0.08	1.68	83.46	81.69	85.24	7.5
2047	132191847	65293922	66897925	1254087	1191937	62150	-204147	-141997	9.49	9.02	0.05	-0.15	-0.11	1.68	83.54	81.77	85.31	7.4
2048	132028801	65209569	66819232	1240092	1222746	17346	-201453	-184107	9.39	9.26	0.01	-0.15	-0.14	1.68	83.61	81.84	85.38	7.3
2049	131823570	65104504	66719066	1226142	1253657	-27515	-198846	-226361	9.30	9.51	-0.02	-0.15	-0.17	1.68	83.67	81.91	85.44	7.2
2050	131576077	64978704	66597373	1212235	1284577	-72342	-196284	-268626	9.21	9.76	-0.05	-0.15	-0.20	1.68	83.74	81.98	85.50	7.1

Cuadro 2.							
México: Población total a mitad de año por grupos de edad, 1995-2050							
Edad	1996	2000	2010	2020	2030	2040	2050
Total	93571606	99582251	112230723	122106672	128926906	132178593	131576077
0-4	11257899	10778048	9485106	8605277	7644247	6832926	6141551
5-9	11241948	11174044	9957705	8917376	8048997	7121938	6412647
10-14	10927263	11105434	10510660	9264124	8412106	7476109	6684715
15-19	10147460	10516774	10746224	9586293	8590179	7756077	6864452
20-24	9497066	9738182	10419392	9872221	8708105	7911096	7033067
25-29	8342876	9047552	9809432	10042360	8969480	8043103	7265867
30-34	7086495	7933719	9183777	9858688	9354783	8259557	7508745
35-39	5733387	6701437	8649315	9407218	9649815	8630418	7745796
40-44	4558760	5397156	7643555	8877553	9557527	9083114	8028822
45-49	3574270	4269914	6463531	8386570	9150301	9405947	8425427
50-54	2854546	3338383	5192204	7404354	8632902	9323862	8879174
55-59	2335888	2661555	4064891	6218417	8119105	8894078	9169290
60-64	1880785	2149095	3106969	4910671	7064005	8278912	8983509
65-69	1451628	1678469	2379600	3714211	5758068	7582206	8358161
70-74	1062004	1239024	1804511	2687123	4332575	6308957	7456722
75-79	706349	848549	1280540	1890283	3034670	4791987	6393125
80-84	468237	509885	817153	1258841	1950055	3231637	4796030
85-89	282950	303794	448439	732176	1141156	1906202	3095686
90-94	121336	142048	190785	340999	565995	926870	1600381
95-99	34835	42165	64140	111020	200450	336117	595575
100 o +	5624	7024	12794	20897	42385	77480	137335

Cuadro 2a.							
México: Población total a mitad de año por grandes grupos de edad, 1996-2050							
Edad	1996	2000	2010	2020	2030	2040	2050
0-14	33427110	33057526	29953471	26786777	24105350	21430973	19238913
15-64	56011533	61753767	75279290	84564345	87796202	85586164	79904149
65-79	3219981	3766042	5464651	8291617	13125313	18683150	22208008
80 y +	912982	1004916	1533311	2463933	3900041	6478306	10225007
65 y +	4132963	4770958	6997962	10755550	17025354	25161456	32433015
Total	93571606	99582251	112230723	122106672	128926906	132178593	131576077

Cuadro 2b.							
México: Población total a mitad de año por grandes grupos de edad (%), 1996-2050							
Edad	1996	2000	2010	2020	2030	2040	2050
0-14	35.72	33.20	26.69	21.94	18.70	16.21	14.62
15-64	59.86	62.01	67.08	69.25	68.10	64.75	60.73
65-79	3.44	3.78	4.87	6.79	10.18	14.13	16.88
80 y +	0.98	1.01	1.37	2.02	3.03	4.90	7.77
65 y +	4.42	4.79	6.24	8.81	13.21	19.04	24.65
Total	100	100	100	100	100	100	100

Cuadro 3.							
México: Población femenina a mitad de año por grupos de edad, 1995-2050							
Edad	1996	2000	2010	2020	2030	2040	2050
Total	47184448	50224930	56654206	61690330	65176358	66862443	66597373
0-4	5539300	5301205	4661494	4226521	3753202	3354020	3014161
5-9	5537450	5500994	4897130	4382071	3953281	3496876	3147875
10-14	5392956	5476743	5176787	4558321	4136100	3674354	3284407
15-19	5041703	5221141	5325165	4744424	4247373	3832565	3390651
20-24	4773407	4878875	5207104	4925362	4339000	3938208	3499141
25-29	4244084	4580413	4935415	5039562	4493200	4023959	3631910
30-34	3620695	4051196	4642646	4964986	4699932	4142390	3761013
35-39	2955896	3435292	4400955	4752069	4857798	4334336	3883406
40-44	2350521	2790542	3916608	4500345	4821681	4568533	4029259
45-49	1840081	2205330	3326450	4278937	4631313	4741266	4234847
50-54	1471467	1723370	2695551	3805061	4386970	4711788	4471259
55-59	1208906	1377538	2110770	3211460	4153465	4511225	4629317
60-64	978267	1118574	1616942	2562269	3645434	4223931	4554909
65-69	763276	880209	1246471	1946638	2996795	3906400	4267415
70-74	566995	658832	954903	1418471	2287780	3292635	3846402
75-79	384802	459462	686513	1010204	1619730	2537165	3349155
80-84	260544	282426	446977	684758	1057131	1750392	2567081
85-89	160451	172010	251304	407013	632635	1055372	1700300
90-94	69965	81940	109724	194512	321771	525737	907358
95-99	20359	24684	37680	64878	116592	195325	346085
100 o +	3323	4154	7617	12468	25175	45966	81422

Cuadro 3a.							
México: Población femenina a mitad de año por grandes grupos de edad, 1996-2050							
Edad	1996	2000	2010	2020	2030	2040	2050
0-14	16469706	16278942	14735411	13166913	11842583	10525250	9446443
15-64	28485027	31382271	38177606	42784475	44276166	43028201	40085712
65-79	1715073	1998503	2887887	4375313	6904305	9736200	11462972
80 y +	514642	565214	853302	1363629	2153304	3572792	5602246
65 y +	2229715	2563717	3741189	5738942	9057609	13308992	17065218
Total	47184448	50224930	56654206	61690330	65176358	66862443	66597373

Cuadro 3b.							
México: Población femenina a mitad de año por grandes grupos de edad (%), 1996-2050							
Edad	1996	2000	2010	2020	2030	2040	2050
0-14	34.90	32.41	26.01	21.34	18.17	15.74	14.18
15-64	60.37	62.48	67.39	69.35	67.93	64.35	60.19
65-79	3.63	3.98	5.10	7.09	10.59	14.56	17.21
80 y +	1.09	1.13	1.51	2.21	3.30	5.34	8.41
65 y +	4.73	5.10	6.60	9.30	13.90	19.91	25.62
Total	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

Cuadro 4.

México: Población masculina a mitad de año por grupos de edad, 1995-2050

Edad	1996	2000	2010	2020	2030	2040	2050
Total	46387158	49357321	55576517	60416342	63750548	65316150	64978704
0-4	5718599	5476843	4823612	4378756	3891045	3478906	3127390
5-9	5704498	5673050	5060575	4535305	4095716	3625062	3264772
10-14	5534307	5628691	5333873	4705803	4276006	3801755	3400308
15-19	5105757	5295633	5421059	4841869	4342806	3923512	3473801
20-24	4723659	4859307	5212288	4946859	4369105	3972888	3533926
25-29	4098792	4467139	4874017	5002798	4476280	4019144	3633957
30-34	3465800	3882523	4541131	4893702	4654851	4117167	3747732
35-39	2777491	3266145	4248360	4655149	4792017	4296082	3862390
40-44	2208239	2606614	3726947	4377208	4735846	4514581	3999563
45-49	1734189	2064584	3137081	4107633	4518988	4664681	4190580
50-54	1383079	1615013	2496653	3599293	4245932	4612074	4407915
55-59	1126982	1284017	1954121	3006957	3965640	4382853	4539973
60-64	902518	1030521	1490027	2348402	3418571	4054981	4428600
65-69	688352	798260	1133129	1767573	2761273	3675806	4090746
70-74	495009	580192	849608	1268652	2044795	3016322	3610320
75-79	321547	389087	594027	880079	1414940	2254822	3043970
80-84	207693	227459	370176	574083	892924	1481245	2228949
85-89	122499	131784	197135	325163	508521	850830	1395386
90-94	51371	60108	81061	146487	244224	401133	693023
95-99	14476	17481	26460	46142	83858	140792	249490
100 o +	2301	2870	5177	8429	17210	31514	55913

Cuadro 4a.

México: Población masculina a mitad de año por grandes grupos de edad, 1996-2050

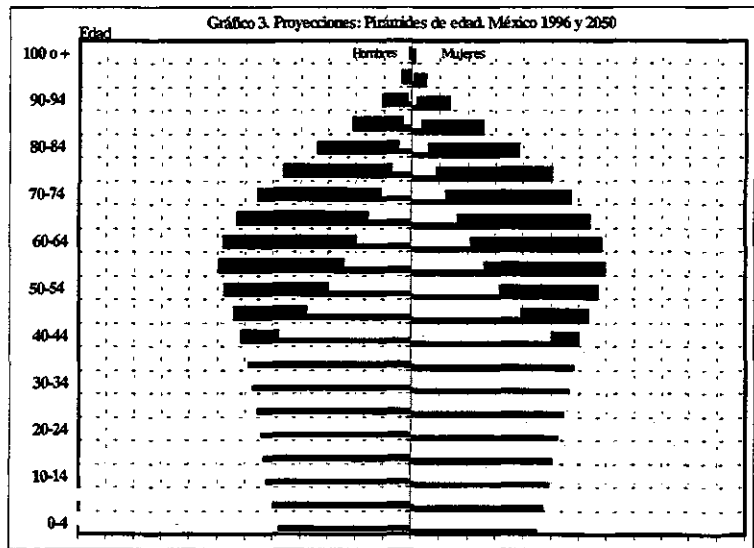
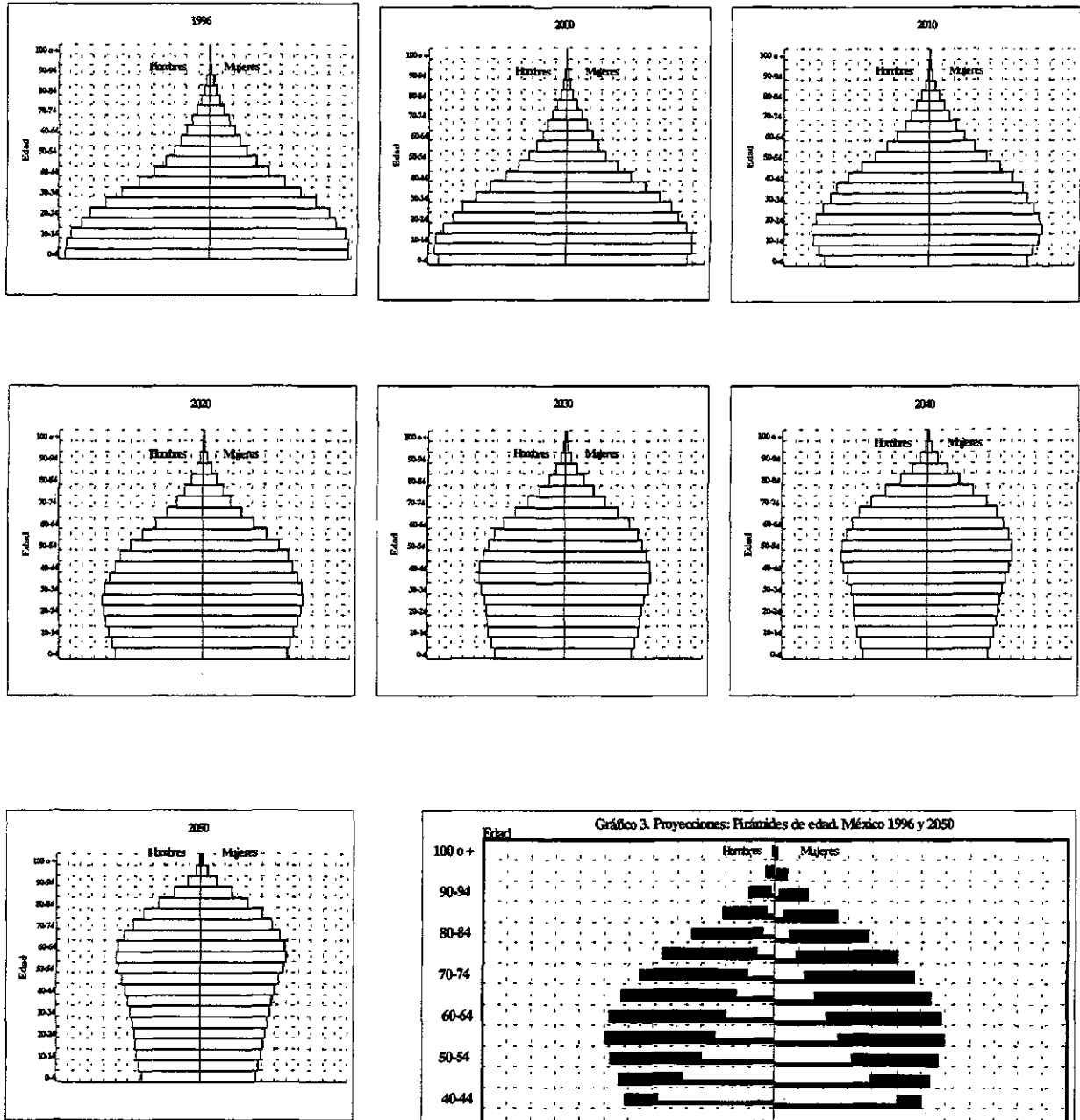
Edad	1996	2000	2010	2020	2030	2040	2050
0-14	16957404	16778584	15218060	13619864	12262767	10905723	9792470
15-64	27526506	30371496	37101684	41779870	43520036	42557963	39818437
65-79	1504908	1767539	2576764	3916304	6221008	8946950	10745036
80 y +	398340	439702	680009	1100304	1746737	2905514	4622761
65 y +	1903248	2207241	3256773	5016608	7967745	11852464	15367797
Total	46387158	49357321	55576517	60416342	63750548	65316150	64978704

Cuadro 4b.

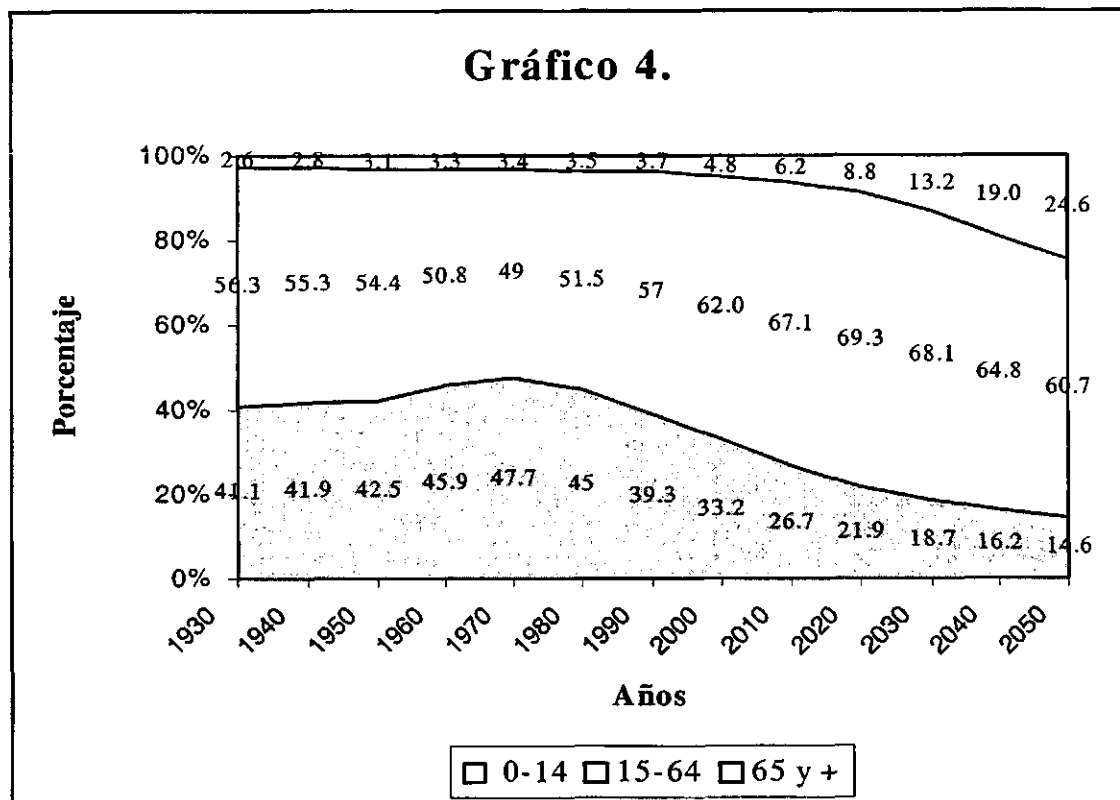
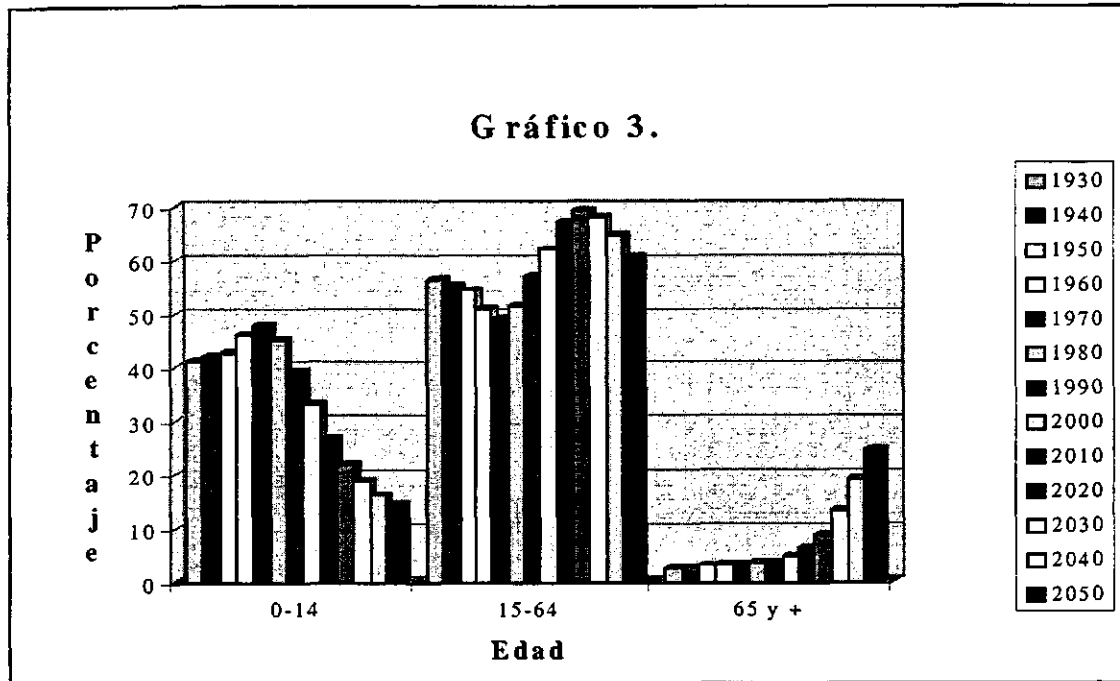
México: Población masculina mitad de año por grandes grupos de edad (%), 1996-2050

Edad	1996	2000	2010	2020	2030	2040	2050
0-14	36.56	33.99	27.38	22.54	19.24	16.70	15.07
15-64	59.34	61.53	66.76	69.15	68.27	65.16	61.28
65-79	3.24	3.58	4.64	6.48	9.76	13.70	16.54
80 y +	0.86	0.89	1.22	1.82	2.74	4.45	7.11
65 y +	4.10	4.47	5.86	8.30	12.50	18.15	23.65
Total	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

Gráfico 2. Proyecciones: Pirámides de edad. México 1996-2050.



MÉXICO: POBLACIÓN POR GRANDES GRUPOS DE EDAD 1930-2050



Cuadro 5.							
Proyecciones de pensiones, relacion con la PEA y costos relativos respecto a salarios. Mexico, 2000 - 2050							
	Año	2000	2010	2020	2030	2040	2050
	Población	99,582	112,231	122,107	128,927	132,179	131,576
	PEA	35,949	43,433	49,331	51,571	49,699	46,315
	PEA-SS	14,874	18,020	21,774	23,946	21,859	20,371
	%PEA-SS	41.4	41.5	44.1	46.4	44	44
PEA-SS	IMSS	11,237	13,955	17,331	19,314	17,395	16,210
	ISSSTE	1,995	2,204	2,411	2,534	2,442	2,276
	Estatales	950	1,146	1,302	1,361	1,312	1,223
	Org Desc	692	715	730	737	710	662
	Total	14,874	18,020	21,774	23,946	21,859	20,371
Pensionados	IMSS	1,820	2,662	4,224	6,986	7,584	8,267
	ISSSTE	414	726	1,114	1,330	1,448	1,515
	Estatales	123	246	486	661	695	702
	Org Desc	291	440	615	659	699	717
	Total	2,648	4,074	6,439	9,636	10,426	11,201
N Pens/Act	IMSS	16.2	19	24.4	36.2	43.6	51
	ISSSTE	20.8	32.9	46.2	52.5	54.4	54.1
	Estatales	12.9	21.5	37.3	48.6	53	57.4
	Org Desc	42.1	61.5	84.2	89.4	98.4	108.3
	Total	19.6	26.2	34.9	42.9	49.4	55.5
Pens/Sal	IMSS	8.5	9.9	12.8	18.9	22.8	26.7
	ISSSTE	16.7	26.5	37.1	42.2	43.7	43.5
	Estatales	14.4	23.9	41.6	54.2	59.1	64
	Org Desc	32.8	48	65.7	69.7	76.8	84.5
	Total	12.7	17.8	24.2	28	31.7	35

Elaboración de Roberto Ham

SESIÓN IV

ENVEJECIMIENTO Y SISTEMAS DE PENSIONES

IV.1 ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN Y SISTEMAS DE PENSIONES EN AMÉRICA LATINA

*Jorge Bravo*¹

Envejecimiento y sistemas de pensiones en América Latina: algunos elementos de base
Efecto de las tendencias demográficas en los sistemas de reparto
Implicaciones fiscales de las reformas hacia la capitalización
Reflexiones finales

Envejecimiento y sistemas de pensiones en América Latina: algunos elementos de base

La población de América Latina y el Caribe está comenzando a envejecer, lo que significa un aumento de la proporción de personas de edad elevada en la población². Este proceso se viene incubando desde principios de siglo, donde de hecho ya habían algunos países con bajos índices demográficos y con un cierto grado de envejecimiento. Pero es luego de los descensos más fuertes y generalizados de la mortalidad producidos a partir de los años treinta y cuarenta, junto a las reducciones de la fecundidad desencadenados entre los años sesenta y setenta, que se deja sentir más contundentemente el efecto retardado sobre la población adulta de la región. Las personas de 60 años y más en América Latina y el Caribe se contaban en unos pocos millones en las primeras décadas del siglo, y han superado los 40 millones en la actualidad, cifra que probablemente se duplicará en sólo veinte años más.

El envejecimiento, medido por la proporción de los mayores de 59 años en la población total (que llamaremos p , de aquí en adelante), ha evolucionado lentamente durante la mayor parte del siglo, desde niveles iniciales de unos pocos puntos porcentuales, hasta un 8 por ciento en la actualidad. Esta cifra es todavía reducida respecto de la que registran actualmente los países más desarrollados y envejecidos del globo, que alcanzan niveles entre 16 y 23 por ciento. No obstante, las proyecciones para las próximas décadas indican que dicha proporción aumentará más rápido en nuestra región que en el resto del mundo, y ciertamente mucho más rápido de lo que fuera la experiencia histórica de los países actualmente más envejecidos.

La heterogeneidad intraregional de este proceso se expresa en que existen varios países que tienen, y seguirán teniendo por muchos años más, estructuras etáreas bastante jóvenes (p.ej., Nicaragua, Honduras, Bolivia), con p por debajo del 6%. Un número importante de países está en las etapas intermedias, incluyendo los dos más poblados de la región, Brasil y México (p entre 6.5% y 8.5%), mientras que algunos están ya relativamente envejecidos, como Uruguay, Argentina y algunos países del Caribe, con p sobre el 13%. Países como Chile, Costa Rica y Panamá están un poco menos envejecidos que este último grupo (p entre 7.5% y 10.5%), ya que tienen niveles reducidos de mortalidad pero una fecundidad no tan baja todavía. Cuba es un caso especial, del país de menor fecundidad de la región desde los años setenta y que se transformará en el país más envejecido de la región en poco más de una década.

¹ Experto en Población, CELADE-División de Población, CEPAL (jbravo@eclac.cl).

² véase Chackiel (1999), para una discusión conceptual más completa sobre el envejecimiento demográfico y sus expresiones en los países de América Latina.

La variable demográfica de mayor peso en el proceso de envejecimiento en la región es el nivel y los cambios en la fecundidad, pero también contribuyen los descensos de la mortalidad, los que tienden a concentrarse en las edades mayores a medida que se llega a niveles elevados de esperanza de vida. En efecto, las cada vez más favorables condiciones de sobrevivencia son otra manifestación importante del envejecimiento que afecta principalmente a los sistemas de contribuciones definidas, sean éstos de capitalización o de reparto. Las diferencias en la mortalidad de los adultos también juegan un papel muy importante en la feminización de la población adulta mayor, debido a la menor mortalidad de las mujeres en comparación a los hombres. La cantidad de mujeres mayores de 60 años en la región es un 22% superior a la de hombres de las mismas edades, y las sexagenerias tienen una expectativa de vida, en promedio, 4 años más que sus coetáneos masculinos.

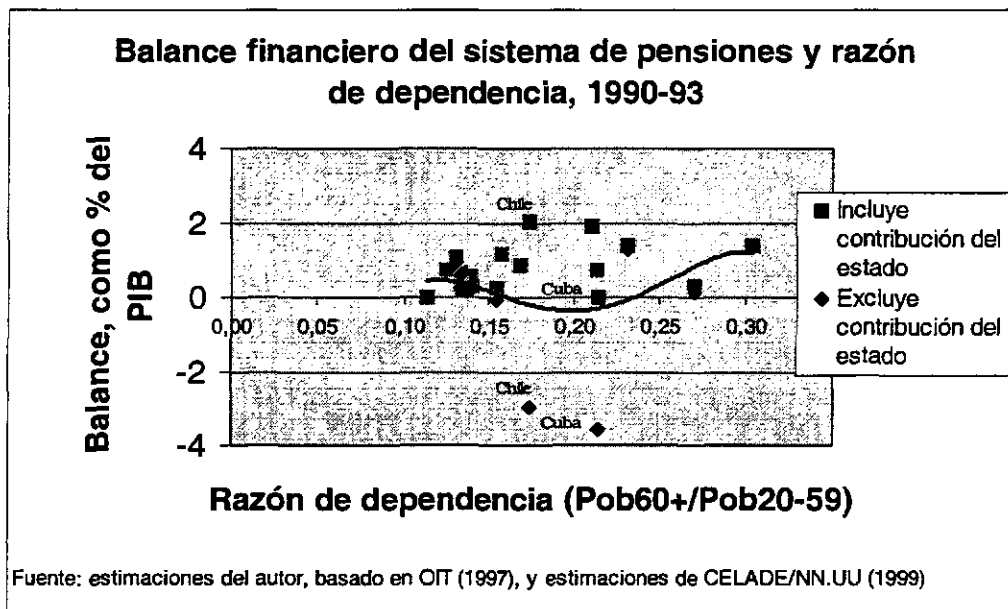
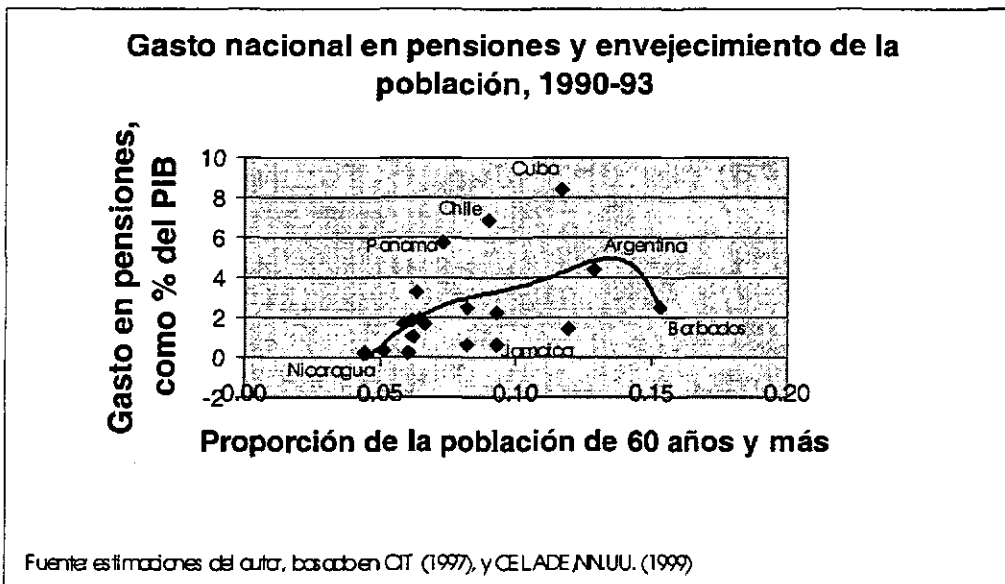
Por otra parte, el desarrollo de la seguridad social en la región, y de los sistemas de pensiones en particular, también tiene sus raíces en la primera mitad de este siglo, aunque en la mayoría de los países los sistemas se impulsaron más fuertemente en el periodo de posguerra. Desde su creación, la seguridad social ha expandido su cobertura y ha provisto importantes beneficios a una fracción significativa de las personas mayores. Sin embargo, se han encontrado serias dificultades en alcanzar una cobertura universal y una uniformización de contribuciones y beneficios, en asegurar una buena recaudación de las contribuciones, en proteger el valor real de los fondos de reserva, y en realizar ajustes en las contribuciones y los beneficios requeridas por el envejecimiento de la población y la maduración de los sistemas (Mesa Lago, 1985; Uthoff, 1997). Algunos de estos problemas se han acumulado a través del tiempo, y se acentuaron durante la crisis económica de los años ochenta en la región, lo que hizo más evidentes y visibles las deficiencias administrativas y financieras. Todo ello ha contribuido a fundamentar los diagnósticos y propuestas de reformas que emergieron durante esa década y que se han materializado en gran medida durante la presente.

Como una forma de ordenar la discusión que sigue, la próxima sección examinará brevemente el vínculo entre el envejecimiento de la población y algunos indicadores de los sistemas de reparto. La sección subsiguiente se referirá a ciertos aspectos de las reformas en curso, desde la óptica del envejecimiento y de algunas de sus consecuencias más directas e importantes. Una última sección realiza algunas reflexiones finales. Además de la proporción de la población de 60 años y más p , el análisis también utiliza como indicador de envejecimiento la razón de dependencia potencial del sistema de pensiones (d), es decir, el cociente de las personas de 60 años y más entre las que tienen entre 20 y 59 años, rangos que cubren la parte principal de las edades de jubilación y de cotización, respectivamente.

Tendencias demográficas y su efecto en los sistemas de reparto

Una primera aproximación a los efectos del envejecimiento demográfico sobre los sistemas de pensiones conviene hacerla examinando algunos indicadores agregados, como el nivel de gasto en pensiones y el balance financiero (ingresos menos gastos) del sistema. Las cifras que se muestran en seguida están basadas sobre las estadísticas compiladas por la OIT (1997) correspondientes a 1990-1993 y se refieren al gasto nacional en pensiones de vejez, sobrevivencia e invalidez, excluyendo las transferencias hacia y desde otros esquemas o programas. El gráfico 1 las muestra estimaciones de estos indicadores, en función del grado de envejecimiento de la población.

Gráfico 1. Gasto y balance financiero de los sistemas de pensiones en América Latina y el Caribe, según grado de envejecimiento



El gasto regional promedio en pensiones en América Latina, cercano al 2 por ciento del producto interno bruto (PIB), es comparable al nivel de Asia, pero es reducido en comparación a los niveles de 8 a 10 por ciento del PIB de los países más desarrollados y de la región de Europa del Este. También en este caso, existe mucha diversidad intraregional, desde países que tienen un gasto todavía muy reducido, como Nicaragua, Belize, Guatemala y Trinidad y Tobago, donde éste no llega a un punto porcentual del PIB, hasta países como Argentina, Chile y Cuba, donde el gasto supera el 4 por ciento. El primer panel del gráfico 1 permite

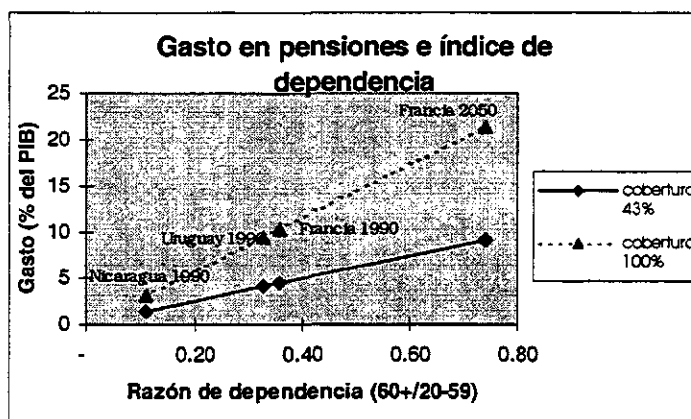
advertir un indicio de mayor gasto en los países más envejecidos, aunque la relación no es muy estrecha.

El balance financiero de los sistemas a principios de los años noventa, que se representa en el segundo panel del gráfico 1, tiende a mostrar cifras levemente positivas en la mayoría de los países, con algunas excepciones como el pequeño déficit de Panamá y aquél más importante de Chile y Cuba³. La relación entre este indicador y el nivel de envejecimiento de las poblaciones nacionales es menos perceptible aun que en el caso de las cifras de gasto, incluso descartando los casos más extremos, que podrían distorsionar el análisis. La ausencia de relación evidente puede deberse en parte a la crudeza de los datos agregados mencionados, tanto los demográficos como los de gasto e ingreso del sistema, o a las compensaciones producidas por otros factores determinantes.

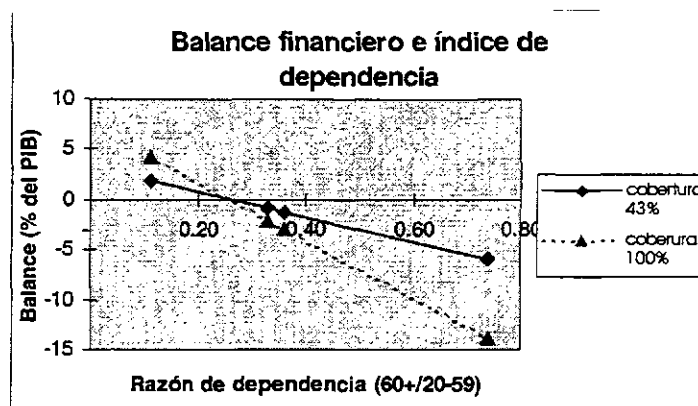
Para profundizar un poco el estudio empírico de estas relaciones y efectos se necesitarían datos sobre estos y otros indicadores desagregados según edad, los que desafortunadamente no se encuentran disponibles en la forma requerida. Debido a ello, en seguida se presenta una síntesis de los resultados de un estudio del autor basado en estimaciones y proyecciones demográficas y un modelo que relaciona algunos indicadores de los sistemas de pensiones de reparto, la estructura por edades de la población adulta y de sus condiciones de mortalidad (Bravo, 1999). Si bien este análisis reposa sobre varios supuestos simplificadores, ofrece la posibilidad de examinar variables que de otro modo no se podrían estudiar, y de considerar niveles de envejecimiento de la población fuera del rango observado, permitiendo algunas proyecciones a futuro.

El gráfico 2 ilustra el comportamiento del gasto y del balance financiero, de acuerdo a las condiciones del modelo referido.

Gráfico 2. Simulación de la trayectoria del gasto y del balance del sistema según grado de envejecimiento, de acuerdo a las condiciones del modelo



³ Ambos países son casos especiales: las cuentas de ingreso y gasto de Chile se afectan fuertemente por el déficit transicional de su reforma reparto-capitalización, y las de Cuba tienen la peculiaridad de que, como norma, el estado cubre el desequilibrio primario del sistema, por lo que éste aparece como exactamente equilibrado cuando se incluye dicho aporte estatal.



Fuente: cálculos del autor, sobre la base de Bravo (1999)

Algunas observaciones importantes que se pueden extraer del estudio referido son:

1. Tal como cabe esperar, el gasto en pensiones aumenta significativamente cuando los países pasan de tener poblaciones jóvenes a estructuras etáreas envejecidas. Un país que mantenga todos los parámetros de su sistema de pensiones (tasas de cotización, de reemplazo, condiciones de elegibilidad) invariables al nivel promedio actual de la región (línea continua del gráfico), que tenga una estructura por edades tan joven como la de Nicaragua en la década presente, tendría un gasto inferior a 2% del PIB. Al envejecer la población al nivel actual de Uruguay, el país “promedio” en cuestión pasa a tener un gasto de poco más de 4% del PIB. Para llegar a los niveles de gasto de 8 a 10 por ciento promedio registrados en los países más desarrollados, la población tendría que envejecer a un grado bastante superior al que se puede prever para la región en los próximos 50 años: se necesitaría que la población envejeciera a un nivel equivalente al que se proyecta para la población francesa hacia la mitad del próximo siglo. Lo anterior permite apreciar que, si bien este efecto demográfico es significativo, no aparece como tan decisivo en comparación con otros parámetros de los sistemas, especialmente los problemas de administración ya mencionados (véase BID/CELADE, 1996, cap. VI; CEPAL, 1998).

¿Qué sucedería si la cobertura del sistema se llegara a universalizar, manteniendo todos los demás parámetros a su nivel (promedio) actual? La línea punteada indica que ello podría llevar a niveles de gasto superiores al 10% del PIB en los países que alcancen un grado de envejecimiento sólo levemente superior al de Uruguay en la actualidad. Bajo las condiciones teóricas más extremas (cobertura universal, grado de envejecimiento que tendrá Francia en 50 años más), el gasto podría incluso sobrepasar el 20% del PIB, cifra que no registra hoy día ningún país del mundo. Tomadas literalmente, estas cifras sugieren la imposibilidad de universalizar el sistema de la forma en que actualmente funciona.

2. Una conclusión análoga se obtiene respecto del efecto del envejecimiento sobre el balance financiero del sistema. La línea continua indica que pasar de una población tan joven como la de Nicaragua en esta década a una como la de Uruguay, significa para el país promedio pasar de un superávit de un par de puntos porcentuales del PIB a un pequeño déficit (inferior a un punto del PIB). Si la población llegara a envejecer al nivel proyectado para Francia en 2050, de no modificarse los parámetros del sistema se podría llegar a un déficit enorme, de cerca del 6% del PIB. Dada la gran dificultad que supone financiar un déficit de esa magnitud, los países tienden a encontrar formas de incrementar los ingresos o de

moderar los gastos que evitan situaciones extremas como esa. Sin embargo, dado que la gran mayoría de los sistemas de reparto en la región son de beneficios definidos, los ajustes en los parámetros del sistema no son automáticos, y requieren de iniciativas y negociaciones casi siempre difíciles de implementar en la práctica. De allí la importancia de la previsión y de las intervenciones activas para que los ajustes necesarios puedan ser realizados sobre horizontes de tiempo políticamente realistas.

La universalización de la cobertura (línea punteada) podría llevar a déficits bastante mayores, hasta un 15% del PIB en el escenario teórico más extremo. Una lectura un poco diferente de las mismas proyecciones podría llevar a preguntar cuáles serían los ajustes necesarios, en la tasa de cotización por ejemplo, para compensar el efecto conjunto del envejecimiento y de la extensión de la cobertura. Utilizando las ecuaciones del modelo, se puede calcular que se requeriría una tasa de cotización de 35% (en lugar del promedio regional actual de 12%) para lograr el equilibrio financiero; tasa que no aparece como exageradamente alta, considerando lo extremo del escenario planteado.

3. Pero si los problemas administrativos y otros que han afectado el financiamiento de los sistemas no mejoran significativamente a futuro, es válido preguntarse cual es la viabilidad a mediano y largo plazo de los esquemas basados en el reparto, considerando las perspectivas sobre el envejecimiento de la población. Esta es una pregunta muy importante, aunque extremadamente difícil de responder categóricamente. Mucha discusión pública resalta el elevado y creciente gasto en pensiones como un signo de inviabilidad, aunque es evidente que este sólo indicador no da mucha luz sobre ello. Al contrario, a medida que la población envejece, debe considerarse normal e incluso deseable que el gasto en pensiones como fracción del PIB aumente, aproximadamente en proporción al envejecimiento.

La consideración de los desequilibrios financieros es más compleja. Algunos déficit temporales o cíclicos pueden ser manejables y ser compensados al menos en parte por los superávits de las etapas iniciales de los sistemas y por los resultantes de coyunturas o ciclos positivos. Una trayectoria pasada, y sobre todo futura, de déficit permanente constituye un indicador más claro de insostenibilidad. Lamentablemente, escasean las evaluaciones actuariales de los sistemas en la mayoría de los países de la región (Mesa Lago, 1985, 1991), las que aportarían importantes elementos en este sentido. Sin embargo, aun disponiendo de análisis actuariales, persisten algunas dificultades: si bien existen medidas técnicamente bien definidas del balance actuarial, su interpretación no es unívoca ni definitiva, ya que está sujeta a la incertidumbre propia de la proyección futura de una cantidad importante de variables, especialmente las referidas al mercado laboral y a la cobertura efectiva del sistema. Tal como se vió en el punto anterior, la evaluación del balance financiero, tal como el de tipo actuarial, depende de modo importante de la capacidad de ajuste de algunas de las variables clave del sistema. Los cambios en algunos parámetros, tales como en las tasas de contribución y reemplazo, la edad de jubilación y otras condiciones de adquisición que son, en principio, más controlables por la autoridad, no siempre desembocan en los resultados esperados.

En síntesis, efectuar un juicio general y aun uno específico aplicado a un país y momento particular sobre la viabilidad de largo plazo de un sistema, es un ejercicio extremadamente

complejo, que en cualquier caso no es posible resolver solamente basándose en una extrapolación del envejecimiento demográfico a lo largo de un horizonte dado. Con muy pocas excepciones, la evaluación sobre la viabilidad y las opciones de reforma que realizan los países parecen responder sólo un poco a la realidad de la estructura demográfica y a las previsiones de envejecimiento futuro, y obedecen mucho a las restricciones institucionales, del mercado del trabajo y al papel normativo que se quiere que el sistema juegue dentro de un determinado modelo de desarrollo⁴.

4. Además de los efectos financieros que producen los cambios y ajustes en los parámetros del sistema de pensiones, cabe considerar sus efectos distributivos, especialmente entre los distintos grupos generacionales que componen la población. Este tipo de efectos tienden a ser ignorados o considerados muy secundariamente en la mayoría de discusiones de política. No obstante, los cambios en el sistema que buscan mejorar su posición financiera suelen afectar la equidad intergeneracional, por ejemplo, cuando se implementa un paquete de medidas que incluye un aumento en la edad de jubilación, aumento de cotizaciones o reducción de beneficios, y una mayor exigencia en las condiciones de elegibilidad. Esas medidas, sobre todo cuando se adoptan en forma conjunta y concentrada en el tiempo, significan una pérdida de riqueza importante para las generaciones afectadas⁵. A la inversa, si se mantiene por un largo tiempo los parámetros del sistema, mientras se prolonga la esperanza de vida en jubilación, se produce una ganancia para las cohortes actuales de contribuyentes y jubilados, que se financia con cargo a la riqueza de las generaciones futuras (CEPAL, 1998, cap. VII). Este impacto distributivo regresivo para las futuras generaciones a veces se agrega al relacionado al pago de los costos de la transición desde sistemas de reparto a capitalización, tema del que se ocupa la sección siguiente.

Implicaciones fiscales de las reformas hacia la capitalización

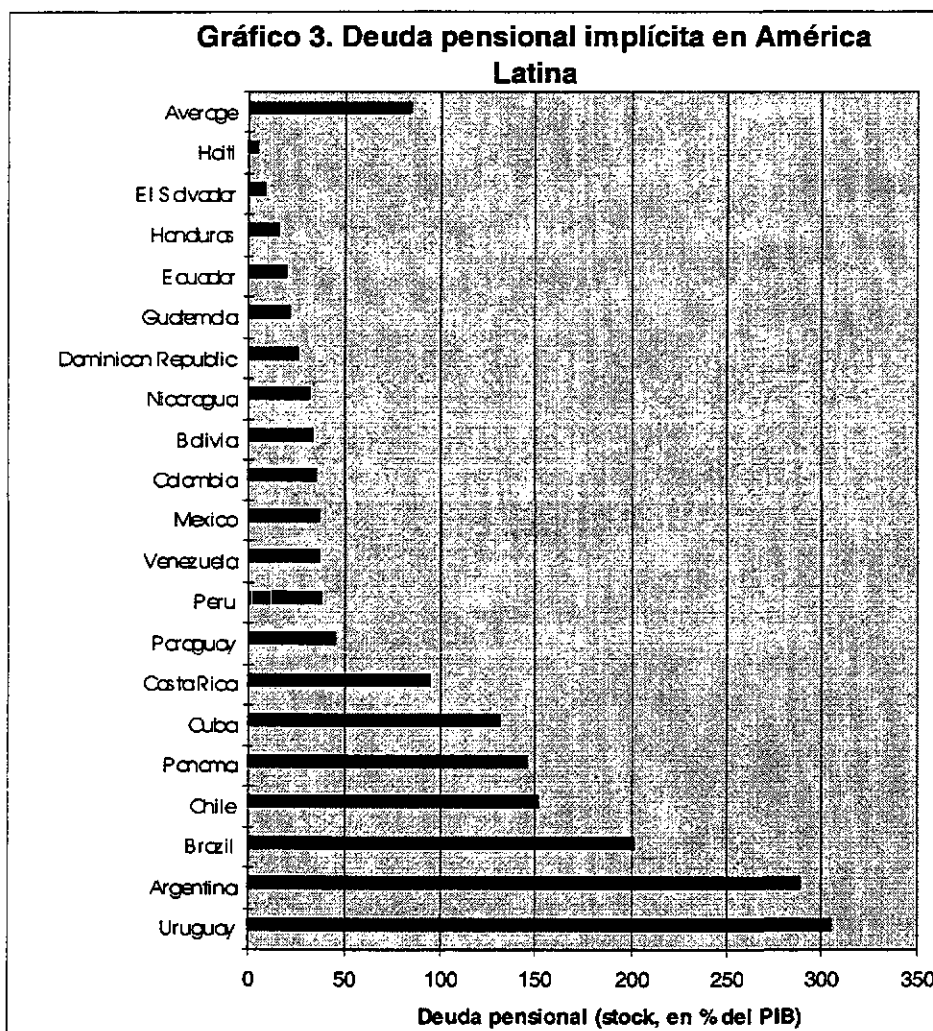
Un tipo de reforma que se ha hecho común en la región en años recientes, es la introducción de un componente de capitalización de las contribuciones, llegando en algunos casos a la sustitución del reparto por esquemas de capitalización total. Este tipo de reforma se ha justificado por diversos motivos, que no es del caso analizar en este documento (al respecto, véase Mesa Lago, 1993; Banco Mundial, 1994; Uthoff, 1997; Valdés-Prieto, 1997; Bravo y Uthoff, 1998). Más allá de la apreciación que tienen diferentes analistas sobre las ventajas y desventajas que presenta la reforma reparto-capitalización, es importante considerar las consecuencias que esta política tiene sobre el presupuesto fiscal (CEPAL, 1998). El cambio hacia la capitalización requiere que el gobierno continúe pagando las pensiones ya obligadas bajo el sistema de reparto y que tome a su cargo el pago de la compensación por las contribuciones pasadas efectuadas por los activos que se trasladan al régimen de capitalización. El presupuesto fiscal debe hacer frente a estas obligaciones sin contar con los ingresos de las contribuciones, que ahora ya no son percibidas por la agencia (estatal,

⁴ A modo de ejemplo, se pueden mencionar los casos de reformas hacia la capitalización de Argentina ó Uruguay y de Bolivia ó El Salvador, con condiciones sistémicas y demográficas pre-reforma muy distintas, así como la mayoría de los países europeos, con poblaciones muy envejecidas y con condiciones económicas muy disímiles respecto de la mayor parte de los países de la región que mantienen regímenes de reparto.

⁵ En Bravo (1996) y CEPAL (1998) se desarrolla en mayor detalle este tema y se dan algunos ejemplos sobre Chile, Colombia y Uruguay, entre otros países.

típicamente) que administra el sistema de reparto, sino que se depositan en las nuevas cuentas de ahorro previsional, administradas por entes privados, en la mayor parte de los casos.

De lo que se trata, en otras palabras, es de hacer explícita y de pagar lo que se denomina la deuda pensional implícita de los sistemas de pensiones. La CEPAL (1998) efectuó estimaciones de esta deuda y del valor presente del flujo de dichas obligaciones, basado en un trabajo inicial de Uthoff y Bravo (1998), las que se presentan en el gráfico 3. Entre las principales conclusiones de esos trabajos se pueden mencionar los siguientes. En primer lugar, la deuda pensional implícita de la mayor parte de los países de la región es significativa en proporción al PIB, y es comparable o superior a la deuda pública oficial de muchos de países.⁶



Fuente: CEPAL (1998)

⁶ La deuda pensional estimada para Ecuador equivale a un tercio de su deuda pública oficial, para Perú, Venezuela y Colombia, entre 1 y 2 veces su respectiva deuda pública; en Brasil, la deuda pensional es más de 4 veces la deuda pública oficial, y la de Uruguay, Argentina y Chile se ubica entre 8 y 11 veces su respectiva deuda pública (Bravo y Uthoff, 1998).

La deuda es superior al 20% del PIB en países demográficamente tan jóvenes y con sistemas de cobertura tan reducida como República Dominicana, Guatemala y Bolivia; se ubica entre 90 y 150 por ciento del PIB en Costa Rica, Chile y Panamá, y es superior a dos veces el PIB en Brasil, Uruguay y Argentina. El diferente grado de envejecimiento de la población de los países explica parte de las diferencias de la deuda pensional, aunque hay varios otros factores que son igualmente importantes, especialmente el grado de cobertura que el sistema tiene en cada país. Las diferencias en la mortalidad en las edades adultas juega un papel comparativamente menor, ya que varía relativamente poco en términos absolutos y afecta principalmente a las obligaciones con los jubilados, el que constituye el componente menor de la deuda pensional total en la mayoría de los países.

Tanto o más interesante que el valor total (y actualizado) de la deuda implícita es conocer el costo fiscal requerido para solventar dicha deuda a lo largo del periodo de transición, desde el inicio de la capitalización hasta finalizado el periodo de pago de las obligaciones correspondientes. El estudio referido encontró que, considerando un periodo de transición de aproximadamente 40 años, el costo anual derivado del pago de la deuda pensional sería menor al 1% del PIB en países como República Dominicana, Guatemala y Bolivia, varía entre 1 y 7 por ciento del PIB en Costa Rica, Chile y Panamá, pudiendo llegar a niveles entre el 5 y el 12 por ciento anual en Brasil, Uruguay y Argentina, lo que constituye un costo extremadamente alto, quizás imposible de financiar en ciertos casos. Al igual que en el caso del stock de la deuda, el costo fiscal anual también se ve afectado por el grado de envejecimiento de la población, ya que mientras mayor sea éste, mayor es el número de activos que tiene derecho a compensación por muchos años de contribuciones y mayor es el número relativo de jubilados, a los cuales se deberá seguir pagando su pensión de por vida.

Un aspecto que conviene resaltar es que considerando, entre otros, la elevada deuda pensional y los altos costos que implica su cancelación al sustituir el reparto por la capitalización, muchos países de la región han promovido reformas que reducen estas obligaciones realizando una sustitución sólo parcial del reparto (como en Colombia, Argentina y Uruguay), haciendo más exigentes las condiciones para el otorgamiento de beneficios y compensaciones (como en Chile y Argentina) y, en algunos casos, extendiendo la cancelación de algunas obligaciones de la transición durante un periodo de tiempo mayor (como en Argentina y Bolivia).

Finalmente, las obligaciones fiscales pueden verse aumentadas en los sistemas que se están reformando en la dirección de capitalización en tanto existan garantías estatales de pensión mínima, y para las pensiones básicas o no-contributivas. Una fuente de aumento de esas obligaciones es la discontinuidad de las contribuciones a lo largo de la vida de trabajo, respecto a lo cual existe clara evidencia en los casos de Argentina y Chile (AIOSFP, 1996), pero que probablemente afecta a la mayoría de los sistemas de la región. Otra fuente que alimenta este tipo de obligaciones es la desigualdad en la distribución del ingreso, y en particular, las diferencias de las pensiones de hombres y mujeres. Esta diferencia se produce por un perfil medio de ingresos inferior, por una vida laboral más interrumpida y por un promedio de años de jubilación mayor de las mujeres en comparación a los hombres. Este último efecto (diferencia en la esperanza de vida en jubilación) puede producir pensiones femeninas entre un 20 y un 25 por ciento más bajas que las de los hombres. En la medida en que éstas caigan por debajo del mínimo garantizado, aumenta la obligación de recursos fiscales, incluso más allá del periodo de transición.

Mirando la otra cara de esta moneda, cabe consignar una ventaja de los esquemas de contribuciones definidas (sea éste de reparto o de capitalización), en el sentido de que incorpora un ajuste endógeno al aumento de la esperanza de vida y de otras variables del sistema a lo largo del tiempo, evitando así los problemas de discrecionalidad política de los ajustes en los sistemas definidos por beneficios (CEPAL, 1998).

Reflexiones finales

El envejecimiento de la población de América Latina y el Caribe, que cobra impulso en este fin de siglo, es un proceso que se acelerará durante los próximos decenios. Reflejo de fenómenos positivos, como lo son un más efectivo control de los nacimientos y una substancial mejora en las condiciones de sobrevivencia ocurridos durante décadas, el envejecimiento lleva a preguntarse acerca de la solvencia y adecuación presente y futura de los esquemas de transferencias que financian los gastos de las personas mayores.

Este documento examinó ciertas cuestiones puntuales dentro de esta temática, privilegiando la perspectiva del envejecimiento demográfico y su relación con los sistemas de reparto y de la transición hacia la capitalización. Se mostró que el envejecimiento contribuye de modo significativo a la evolución de distintos indicadores de los sistemas de reparto, y que, evaluado en horizontes de mediano y largo plazo, puede configurar escenarios de política radicalmente distintos. No obstante, no resulta correcto atribuir al envejecimiento una responsabilidad predominante en la viabilidad o inviabilidad de estos sistemas, especialmente en la región latinoamericana, donde participan muchas otras variables importantes.

Las diferentes expresiones del envejecimiento (es decir, el aumento de la proporción de personas mayores en la población, la prolongación de la vida más allá de la jubilación) afectan a los sistemas de modo distinto. Destacan, por un lado, la dificultad directa que representa una población adulta más envejecida para el financiamiento de las pensiones por el método del reparto cuando no se modifican las demás variables y parámetros del sistema. Este escenario prácticamente no se ha presentado en la región en esos términos, pero es un hecho que nuestra región se verá enfrentada a un envejecimiento mucho más rápido del que tuvo lugar en los países actualmente más desarrollados, por lo que el desafío de aumentar la cobertura del sistema y mantener o mejorar los beneficios sin hacerlos excesivamente onerosos representa un desafío doble, que no es fácil de alcanzar.

Por otro lado, en los sistemas de capitalización, el aumento de la esperanza de vida en las edades mayores afecta directamente el valor de la pensión obtenible de un cierto capital acumulado, obligando a una pensión menor ó, para no afectar el valor de la jubilación, a un esfuerzo de ahorro mayor durante la vida activa. Asimismo, constituye uno de los factores que puede afectar, junto a otras variables, la equidad generacional de los sistemas y de las políticas adoptadas para enfrentar los desequilibrios financieros. En la región es todavía incipiente la preocupación por las obligaciones pensionales que estamos traspasando a las futuras generaciones. La atención que actualmente recibe el problema del financiamiento de la deuda pensional implícita es un ejemplo de ello, en especial referencia a los procesos de reforma hacia la capitalización que está viviendo un número importante de países en la región. Las mejores perspectivas de vida de las mujeres en comparación a los hombres también sugieren

un debate sobre la feminización del envejecimiento y una resolución, en gran medida pendiente, acerca de la equidad de género que deben incorporar los sistemas de seguridad social en nuestros países.

Bibliografía

- AIOSFP (1996) *Reformas a los Sistemas de Pensiones: Argentina, Chile, y Perú*. Asociación Internacional de Organismos Supervisores de Fondos de Pensiones. Santiago, Chile.
- Arenas, A. y Bertranou, F. (1997) Learning from Social Security Reforms: Two different cases, Chile and Argentina. *World Development*, Vol. 25, No. 3, pp. 329-348.
- Banco Mundial (1994) *Averting the Old Age Crisis*. Policy Research Report, Oxford University Press, New York.
- BID/CELADE (1996) *Impacto de las Tendencias Demográficas sobre los Sectores Sociales: Contribución al diseño de políticas y programas*. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía y Banco Interamericano de Desarrollo, Santiago, Chile.
- Bravo, J. (1996) "La tasa de retorno de los sistemas de pensiones de reparto". *Estudios de Economía* Vol. 23, No. 1, junio de 1996. Departamento de Economía, Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas, Universidad de Chile. Santiago, Chile.
- Bravo, J. (1999) "Population Ageing and Pension Systems: Latin America in an International Perspective". Inédito, programa CELADE/BID, Santiago, Chile.
- Bravo, J. y Uthoff, A. (1998) "Transitional fiscal costs and demographic factors in shifting from unfunded to funded pension regimes in Latin America". Documento presentado en la Reunión Anual de la *Population Association of America*, Chicago, 2-4 de abril, 1998.
- CELADE (1998a) *América Latina: Tablas de Mortalidad*. Boletín Demográfico No. 61, Enero, 1998. Santiago, Chile.
- CELADE (1998b) *América Latina: Proyecciones de Población*. Boletín Demográfico No. 62, Julio, 1998. Santiago, Chile.
- CELADE/NN.UU. (1999) Estimaciones y proyecciones de población, vigentes a Julio, 1999.
- CEPAL (1998) *El Pacto Fiscal: Bases para las acciones económicas y sociales del Estado*. Comisión Económica para América Latina y el Caribe, Santiago, Chile.
- Chackiel (1999) "Envejecimiento de la población Latinoamericana: una relación de dependencia favorable?" Documento a ser presentado en la Sesión III del *Encuentro Latinoamericano y Caribeño sobre las Personas de Edad*, CEPAL-FNUAP-OPS, Santiago de Chile, 8 al 10 de septiembre de 1999.
- De Santis, G. (1997) Welfare and ageing: How to achieve equity between and within the generations. In *International Population Conference*, Beijing 1997, Vol. 1, pp. 185-202. IUSSP, Liege, Belgium.

- Holzmann, R. (1997) *On economic benefits and fiscal requirements of moving from unfunded to funded pensions*. Serie de Financiamiento del Desarrollo No. 48 CEPAL, Santiago de Chile
- Mesa-Lago, C. (1985) *El Desarrollo de la Seguridad Social en America Latina*. Estudios e Informes de la CEPAL No. 43, Santiago, Chile.
- Mesa-Lago, C. (1991) *Social Security and Prospects for Equity in Latin America*. World Bank Discussion Papers 140. Washington, DC.
- Mesa-Lago, C. (1993) "La Reforma de la Seguridad Social y las Pensiones en América Latina: Importancia y Evaluación de las Alternativas de Privatización". CEPAL, LC/R.1322, Santiago de Chile, Noviembre de 1993.
- OIT (1997), *The cost of social security, Basic Tables 1990-1993*, disponibles en <http://www-ilo-mirror.who.or.jp/public/english/110secso/css/>.
- United Nations (1998) *World Population Prospects: the 1996 Revision*. Department of Economic and Social Affairs, Population Division, New York.
- Uthoff, A. (1997) Reformas a los sistemas de pensiones, mercado de capitales y ahorro. *Revista de la CEPAL* No. 63, December, 1997. LC/G.1986-P.
- Uthoff, A. and Bravo, J. (1998) Deuda Previsional y Privatización de los Sistemas de Pensiones. X *Seminario Regional de Política Fiscal: Compilación de Documentos*, pp. C27-C50. Santiago, Chile, January 26-28, 1998.
- Valdes-Prieto, S., ed. (1997) *The Economics of pensions: Principles, policies and international experience*. Cambridge University Press.

IV.2 PENSION REFORM IN INDUSTRIALIZED COUNTRIES

Lawrence H. Thompson¹

Introduction

Almost all of the industrialized countries are struggling to adjust their pension systems to accommodate the aging of their populations.² The particular approaches adopted in the different countries have certain similarities, reflecting the universality of the aging process and the limited range of the available options. There are also important differences among these countries, however, reflecting variations in the pace of population aging, the structure and evolution of their pension systems, and their particular political traditions and institutions.

Public pension programs in most industrialized countries experienced rapid growth during the 1950s and 1960s, as new programs were established and old programs were expanded. The expansion phase continued into the 1990s in a few countries, but ended in most of the rest of the industrialized world in the mid-1970s. The end can be traced both to the general slowdown in economic growth following the oil crises and to the closing of the income gaps between the retired and active populations that had provided much of the motivation for the earlier expansions. One kind of expansion that was common in the late 1970s and early 1980s, however, was the granting of access to retirement benefits at earlier ages, a change encouraged both by the preferences of older workers (and their employers) and the attempt by Western European countries to reduce unemployment by expanding pensions.

The dominant trend during the 1990s has been retrenchment. Continued slow growth created public sector fiscal imbalances in most industrialized countries that finally had to be addressed. The retrenchments also reflect, however, the growing pressure of population aging on pension costs and the realization that the pension demographics will become increasingly unfavorable in the future.

This paper will explore the adjustment processes now going on in the industrialized world. It begins with an overview of the pace and pattern of aging in these countries and of the structure of the retirement income security systems that have evolved in them. Most of the changes occurring in the industrial world have been evolutionary adjustments to deal with the problems of aging and public sector fiscal imbalance. The pattern of these adjustments is reviewed next. As noted, major expansions continued into the 1990s in several industrial countries. Significant structural reforms were also introduced in several other countries during this decade. These are outlined in the section that follows. The paper closes with some

¹ Senior Fellow, The Urban Institute, Washington, D.C., and President, The U.S. National Academy of Social Insurance. Work on this paper was undertaken as a part of the Retirement Project at the Urban Institute, which is financed by a grant from the Mellon Foundation. Views expressed are solely those of the author and not necessarily those of the Mellon Foundation, The Urban Institute or The National Academy of Social Insurance. (e-mail: lthompso@ui.urban.org).

² The countries covered in this paper are the members of the European Union (except Greece), Norway, Switzerland, Japan, Australia, New Zealand, the United States and Canada.

observations about similarities and differences between pension reform in the industrialized world and the recent reforms in Latin America.

Demographic trends

Population aging is the product of the interaction of two conceptually distinct trends, declines in fertility rates and declines in mortality rates (adjusted by international migration in a few cases). Fertility rates in most of the developed world rose in the fifteen years immediately after World War II and declined through the decades of the 1970s and 1980s. Countries differ dramatically in the magnitude of the earlier increase, the timing of the subsequent decline, and the level that fertility rates have recently achieved. Nonetheless, the up and down cycle occurred to at least some degree everywhere, with the result that most developed countries have baby-boom cohorts now in their working age that are larger than either the cohort that precedes them or the one that follows.

At the same time, life expectancy has been steadily increasing. In the first half of the 1950s, life expectancy at birth (averaged across both genders) in most developed countries was in the range of 66 to 69 years. Twenty years later, it has risen to around 76 to 79 years, an increase of ten years of life expectancy in twenty years of time. Projections suggest continued increases in life expectancy, although at a much slower rate, with life expectancy at birth reaching 80 to 83 years by 2030.

The increase in life expectancy has caused the ratio of the aged to the total population to rise in all developed countries, but the pace of change in many countries has been slowed by the existence of the unusually large baby boom cohorts. These cohorts inflated the size of the working age population, offsetting the increase in the number of persons surviving into old age. The fertility declines that began some twenty-five years ago in most countries, however, will be removing this offsetting influence in the early years of the next century, causing aged-dependency to increase much more rapidly than would have occurred as a result simply of the mortality declines.

In 1950, aged-dependency ratios – defined here as the ratio of the population age 60 and over to the population age 15 through 59 – were from 0.16 to 0.20 in most developed countries. By 1990, these ratios had drifted up to the range of 0.22 to 0.25 percent in most countries, but were as high as 0.28 in Sweden, where the post-war baby boom was particularly small.

Table 1. Aged Dependency Ratios in Selected OECD Countries

The projections are for a relatively rapid increase in aged dependency rates in all countries over the next four decades. By 2030, most countries' aged dependency ratios will be between 0.30 and 0.40, half again as high as 1990 and roughly double their 1950 values.

The over-all trend hides major differences among the industrialized countries, however.

Considering both the projected change and future level of aged dependency, the biggest demographic challenges are likely to be those faced in Italy, Germany, Switzerland, Spain and the Netherlands. In each case, aging will proceed particularly rapidly and the aged dependency ratio will rise to among the highest in the world. At the other extreme, Ireland, New Zealand, Australia and the United States are projected to experience relatively more modest challenges, as both are projected to age more slowly and to have aged less, at least between now and 2030.

Chart. Percentage Increase in Aged Dependency, Selected OECD Countries

The situation in several other countries is also worth noting. Sweden already has a fairly old population and is projected to age less than most of the other developed countries, in part because of recent increases in Swedish fertility rates. Japan is aging relatively rapidly during the 1990s, but according to these projections, its situation is not particularly unique and several countries in Europe will soon catch up.

The impact of demographic change on pension costs

As aged dependency ratios rise, pension programs become more expensive.³ The link is obvious and direct where pensions are financed on a pay-as-you-go basis exclusively from worker contributions. In this case, rising dependency ratios translate directly into reductions in the number of workers available to support each beneficiary. Without some reduction in average benefit levels or delay in retirements, contribution rates must rise.⁴

The linkages are less clear and somewhat more indirect where other sources of public sector revenue are used to finance benefits. Where benefits are financed partially or completely from the general budget, the cost to workers may not rise as rapidly as suggested by trends in dependency ratios. Some of the increase in pension costs will be recovered through higher taxes levied on the aged themselves and/or through reductions in other government spending.⁵ Also, at least for a time, it is possible for governments to cover higher pension costs through borrowing, which likely means drawing down the stock of domestic savings or reducing the country's net holdings of foreign assets.

Rising life expectancies have essentially the same impact on funded schemes as on pay-as-you-go schemes. Longer retiree life spans require either higher contribution rates, delays in retirement or lower average benefits during retirement. At the individual plan level, funded pensions appear better insulated from the impact of changes in fertility rates than are pay-as-

³ Technically, the cost is driven by the ratio of retired to active workers, but especially in developing countries where most of the labor force is covered by the pension plan, the distinction between the population as a whole and the participants in the national pension plan is less important than in the developing world.

⁴ It can be shown that in such a system, the required contribution rate is equal to the ratio of the number of beneficiaries to the number of workers multiplied by the ratio of the average benefit to the average wage subject to contributions. If the ratio of benefits to wages remains constant, any increase in the ratio of beneficiaries to workers leads to a direct and proportional increase in the required contribution rate. See Thompson, 1998.

⁵ Increases in aged dependency ratios are typically accompanied by reductions in youth dependency ratios, which opens up room for some reduction in youth-oriented public spending, though hardly enough to fully offset the rise in pension costs.

you-go plans, since the amount that must be set aside annually by (or on behalf of) each worker is dependent only on the ratio of years working to years retired and investment returns.

Differences at the macro economic level are less clear, however. Under a funded system, an increase in the number of beneficiaries relative to the number of workers increases the aggregate amount being withdrawn from pension funds relative to the aggregate amount being deposited. The impact on national savings of a change in the aged dependency ratio will be similar to the impact of financing a pay-as-you-go deficit through government borrowing.

Pension finance can affect the economy in other ways, however, and the differences between the funding approaches have fueled an ongoing debate over pension financing in both developed and developing nations. In the right environment, advance funding of pensions might accelerate growth rates either through increases in the efficiency of financial markets or through higher national savings or it might allow a given level of pensions to be financed with a lower contribution rate.

The structure of public pension programs

Differences among the developed countries in the relative size and structure of the mandated retirement system are even greater than are their demographic differences. Economic development, globalization, and the communications revolution have lead to a convergence among nations in the structure of many social and economic institutions. Pensions appear to be an exception to this general tendency. Over time, most countries have constructed systems that combine elements that redistribute to the low-income elderly with elements that scale retirement incomes to pre-retirement earnings levels. The relative importance of the two objectives and the institutional arrangements chosen to achieve them differ greatly, however.

Important features of the pension systems in 20 major developed countries are summarized in Table 2. Of the 20 countries, 10 have public retirement systems that include a flat benefit payable in the same amount to all retirees, 13 have public systems that pay a benefit that is related to previous earnings, and two (Australia and Finland) have neither. Of the ten countries with flat benefits, five also have an earnings-related benefit and five do not.

Table 2. Structure of Mandated Retirement Benefits in Major Industrial Countries

Flat benefits provide an income floor for the aged population. In four countries, Canada, Denmark, New Zealand and Sweden, the benefit is paid to all persons who are long-time, permanent residents of the country upon the attainment of a particular age and without regard to previous work experience. In the other six countries, the flat benefit is earned through contribution payments and the amount paid at retirement is scaled to the number of years over which contributions were made. Two other countries, Finland and Australia, have major programs that guarantee a flat benefit to all aged, but limit the application of the guarantee through an income test.⁶

⁶ Until 1996, the flat benefit in Finland was a universal pension similar to the flat benefit in Sweden and Denmark. It was subsequently changed to an income-tested benefit. All countries have extensive programs of social

All of the earnings-related programs currently pay benefits scaled to previous earnings, but each has its own unique formula. In most cases, some measure of average pre-retirement earnings is calculated. This measure is then multiplied by a wage replacement factor (an “accrual factor,” such as 50 percent), to get a monthly benefit. The accrual factor is usually scaled to the number of years of insurance credits that the individual has obtained. Several countries that do not have flat benefits as part of their pension systems use different devices to redistribute benefits toward lower wage earners. Two (the U.S. and Italy) have higher accrual rates for low earnings and at least one (Germany) revalues the earnings credits of low earners. Most of the earnings-related programs are financed on a purely pay-as-you-go basis, although several countries’ systems hold reserves equal to as much as five years’ benefit payments.

All countries establish a normal retirement age at which full benefits become available. Many also allow workers to begin receiving benefits prior to this age, however, if the worker is willing to accept permanently reduced benefits or has already accumulated a minimum number of prior contribution payments.

In seven of the 20 countries listed in Table 2, the public benefit is supplemented by an additional retirement benefit that employers are mandated to provide. Most of these mandates grew out of collective bargaining agreements that have been extended to cover all or almost all of the working population. The mandates are now established in statute in Australia, Finland, France and Switzerland. The mandates remain the product of collective bargaining in Denmark, the Netherlands, and Sweden. The French system is pay-as-you-go, and the rest are funded. The French, Finnish and Dutch systems (and a good part of the Swedish system) are defined benefit systems; the others tend to be defined contribution.

The countries noted earlier as facing the most serious demographic challenges have quite different current structures. The Spanish system is fairly expensive and pays one of the highest benefits in the world. The German system is relatively expensive, paying a benefit that replaces just under one-half of the average wage and requiring contributions of some 20 percent of pay up to twice the average wage. In contrast, the Swiss and Dutch public sector systems pay lower, flat benefits and require lower pension contributions.⁷ Each relies on private mandates to supply a major portion of the retirement income package. Portugal’s demographics are more favorable (or less *unfavorable*) than many, but both its benefits and its tax rate are quite high, leaving it less room to maneuver. In combination with their less serious demographic challenge, the English-speaking countries tend to have more modest state pension programs, relying (except for Australia) on voluntary, employer-sponsored pension plans to serve as a supplement to the public plan(s). This tends to reduce the size of the public-sector pension problem each faces in the next century.

assistance for the aged.

⁷ Actually, the Dutch contribution *rate* is higher – in part because of an unusually expensive disability program – but it is only levied on earnings up to about 90 percent of the average wage.

Pension retrenchment strategies⁸

The great majority of pension reforms in the industrialized world have been incremental changes that altered the retirement income system without fundamentally changing its structure. Only a few have involved significant structural change.

Whether the changes are incremental or structural, however, the basic strategies used to adjust pension programs for population aging are the same. As people live longer, pension programs must be adapted through some combination of delaying the age at which benefits are first drawn (or restricting access to the program in some other fashion), reducing the averaged monthly benefit paid to some or all beneficiaries, or increasing system revenues. The experience over the last dozen years in the industrialized countries of the world suggests that all three kinds of adjustments can be expected and that they will be accomplished through a wide variety of different mechanisms.

Delaying retirement. The most obvious, but not necessarily most popular, method of adjusting to population aging is to increase the age at which workers become eligible for retirement benefits. The case for higher retirement ages is difficult to refute on logical grounds. Without some adjustment in the age at which retirement benefits can be drawn, each year added to the life expectancy of those approaching retirement age is another year added to the retirement period, causing the retirement years to constitute an ever increasing fraction of adult lives (at an ever increasing cost during the working years). In most cases, a modest adjustment in the retirement age of something like a one-year increase every couple of decades would be enough to keep constant the ratio of the years spent working to the years spent in retirement for the average worker, greatly reducing the cost pressures otherwise associated with population aging.

In the industrialized countries, universal increases in retirement ages have been relatively rare. The far more common adjustments have been: (1) equalizing retirement ages for men and women, (2) restricting access to early retirement benefits, and (3) increasing incentives for people either to delay accepting retirement benefits or to continue working after they have started to receive them.

Among the countries covered in this report, New Zealand provides the only example of a uniform, across-the-board increase in the retirement age. It is increasing the age of eligibility for its universal benefit from 60 to 65, to be fully phased in by 2001. A potential second example may emerge in Japan. There, the age of eligibility for one portion of the retirement benefit was increased from 60 to 65 in 1994, and the government has recently announced its intention to institute a similar increase with respect to the other part of the retirement benefit in the near future. (The government had attempted to increase the age for both portions of the package in 1994, but was forced to compromise to obtain approval in the Parliament.)

Retirement ages are also slated to rise in Germany, although the pattern of adjustment there is much more complicated. Germany is raising the age for full benefits from age 60-63

⁸ The major changes in adopted in each country are summarized in the Annex.

(depending on the circumstances surrounding retirement) to age 65. For a time, Germany will continue to allow many people to collect benefits at the earlier age, but will impose a permanent reduction of 3.6 percent per year for each year the individual is under 65.⁹ The age of initial eligibility for benefits is scheduled to rise to 62 by 2012, however.

Several countries are now in the process of increasing the retirement age for women. In the past, many countries allowed women to retire at an earlier age than men; commonly women could retire at age 60 while men were not allowed to retire until age 65. Such differentials have recently been outlawed in the European Union, however, and have fallen out of favor in the other developed countries. As a result, where differentials existed, they are being eliminated (or, in the case of Switzerland, narrowed) by raising the age at which women can retire. The fact that equalization is occurring by raising the age for women rather than lowering it for men is undoubtedly a reflection of the current cost pressures on pension systems.

Another common adjustment involves tightening the requirements for access to early retirement benefits. Recent examples include changes introduced in Belgium, Finland, Germany and Italy. These often include restricting access to early retirement benefits among those who have been unemployed for several years or increasing the number of years of contributions that are required before a worker is eligible for early retirement benefits. Many of these changes are reversals of the liberalizations enacted in the early 1980s.

Finally, many countries have tried to encourage people to work longer without necessarily forcing them to do so. One technique is to introduce special reductions that apply only to workers who take benefits before the normal retirement age. Another is to implement a schedule of adjustment factors that scales monthly benefits to the worker's expected remaining life span at the time benefits are first received. The latter approach is a key ingredient in both the Swedish and Italian reforms. Some countries that limit the earnings of persons receiving retirement benefits have reduced the penalty on continued work in order to increase the incentive to work (and make continued pension contributions) even after a worker starts to receive benefits.

The ultimate impact of these attempts to influence behavior through modest changes in incentives remains to be seen. Previous studies of retiree behavior suggest that adjustments that reduce the size of early retirement benefits are more likely to produce lower retirement benefits than to encourage longer work careers. Similarly, past experience in both the United States and Japan suggests that liberalizing the terms under which retirees can both work and receive pension benefits is likely to cost more in additional benefits than its gains in higher contribution and other tax receipts.

Reducing benefits. A variety of benefit reductions have been introduced in recent years in an attempt to reduce costs. Some of these changes affect the benefits of those already retired, while others go into effect prospectively and phase in more slowly. The adjustments include increases in targeting, alterations in the benefit computation and/or adjustment

⁹ 3.6 percent per year is about one-half of the reduction that would be necessary to equalize the present value of the benefit package drawn at different ages.

formulas, and switches from defined benefit to defined contribution approaches.

Several countries with universal flat benefits (those that are financed from the general budget) have restricted access among the better-off aged. In the 1980s, both Canada and New Zealand instituted “claw back” provisions in the form of special surtax rates under their personal income taxes imposed on the income from these benefits, though New Zealand repealed their provision in 1998. Finland applied a income test directly to their benefit. To date, “claw backs” and income tests have been applied only where the benefits were paid to all aged as a demogrant and financed from the general budget. Such restrictions have not been adopted where the flat benefits are financed from earmarked contributions and paid only to those with work histories.

Germany, Japan and Finland have changed the index used to adjust benefits after retirement. Germany and Japan switched from indexing benefits to the rate of growth of gross wages to indexing them to the rate of growth of net wages. In effect, any increase in pension contributions or other direct taxes reduces both the take-home pay of the working age population and the pension income of the retired population. Finland modified the index it uses to adjust benefits to assign a higher weight on price changes and a lower weight on wage changes, reducing the size of the over all adjustment in most years. In the past, both New Zealand and the United Kingdom switched from wage indexing to price indexing of their flat benefit.

A variety of mechanisms have been introduced to reduce the size of the benefit associated with retirement at the normal age. Some countries (Finland, France, Italy, Spain and Sweden) have increased the number of years over which earnings are averaged in the computation. Portugal reduced pensions by 10 percent by reducing the annual accrual factor from 2.2 to 2.0 percent per year, and the Japanese government has announced it intends to phase in a 5 percent reduction.

In 1983, the United States introduced an across-the-board benefit reduction by raising the normal retirement age without adjusting the initial age of benefit eligibility. Monthly benefits in the U.S. are permanently increased or decreased depending on the difference between the age at which actual benefit receipt begins and the age established as the “normal retirement age.” Thus, an increase in the reference age, the “normal retirement age,” is, in reality, simply a reduction in the amount that future workers will receive at any given age of retirement. Germany adopted a variant on this approach by announcing an increase in the retirement age from 63 to 65, while at the same time introducing permanently reduced benefits available at the previous ages.

A final adjustment to be noted involves the shift from defined benefit arrangements to defined contribution arrangements. Under a defined benefit arrangement, the computation rules produce a monthly benefit that is paid for the life of the retiree. The initial impact of rising life expectancies is an increase in the total cost of the pension program. Under a defined contribution arrangement, the computation rules spread the available account balance over the expected remaining life of the retiree. The initial impact of rising life expectancies is a

reduction in the monthly income of the retiree. To the extent that further increases in retiree life expectancy are anticipated, the defined contribution arrangement is likely to be more effective in constraining costs because it produces automatic benefit reductions. As will be noted subsequently, the shift from defined benefit to defined contribution approaches is one of the key element of the pension reforms in Italy, Sweden and the United Kingdom and the expansions in both Denmark and Australia have taken the form of new defined contribution plans.

Increasing pension system revenue

To the degree that benefit reductions and retirement delays are not sufficient to offset the impact of population aging, increases in the amount of revenue going into the pension system are necessary. These can come either through increases in pension contributions (whether collected by the government or simply mandated on employers), the use of increased amounts of other tax receipts to support pension programs, or the broadening of the revenue base to include investment earnings. Increases in investment earnings follow from switching all or a portion of the system from one financed on a pay-as-you-go basis to one financed on an advance funded basis. In some cases, such a shift also has been accompanied by a shift of a portion of the responsibility for operating the system from the public sector to the private sector.

Whether the increase in revenue comes as a result of higher taxes or greater reliance on investment returns, the share of the country's total national income devoted to supporting the retired population will rise in line with the increase in system revenues. However, the increase in support for the aged may be more acceptable if it is achieved through the use of revenue sources other than traditional pension contributions. Moreover, in certain circumstances, shifting to other revenue sources may have other economic benefits.

Pension contribution rates rose quite rapidly in many of the industrialized countries during the 1960s and 1970s, and further increases have not been a particularly popular way of dealing with the impacts of aging populations. Particularly in economies where the growth in labor productivity has slowed, increases in contribution rates must either reduce worker take-home pay or increase employer labor costs, neither of which is desirable.

Japan is one of the few countries that has publicly announced its intention to institute major increases in pension contribution rates to deal with population aging. Combined employer-employee rates in Japan were increased from 14.5 percent to 17.35 percent during the 1994 – 96 period, and the government announced that they would probably have to be increased at the rate of roughly 2.5 percentage points every five years until 2025 in order to finance scheduled benefits. The implementation of the further benefit reductions that were announced recently will allow some moderation in the pace of these rate increases, lowering the projected 2025 contribution rate from 29.6 percent to the neighborhood of 25 to 27 percent.

Facing resistance to further increases in pension contribution rates, several countries have turned to increases in budget subsidies to help finance rising pension costs. In those countries relying on budget-financed, flat grants as a key element of their retirement income system, rising pension costs will automatically absorb increased amounts of general tax

revenue. The need to limit the impact on government budgets provides the primary motivation for many of the cut backs already noted in flat grant programs.

In other cases, however, governments have made explicit decisions to increase budget subsidies in order to avoid or reduce the pension contribution increases that would otherwise be needed. Germany increased the budget subsidy for its pension program from 20 percent of outlays to 25 percent of outlays in 1999 in order to allow a slight reduction in pension contribution rates. The subsidy increase was financed by an increase in the value-added tax. Portugal also increased budget subsidies to its pension program as part of a reform package, and the 1999 package announced by the Japanese government includes an explicit increase in the budget subsidy going to support the flat benefit portion of their retirement income system.

A final strategy involves greater reliance on advance funding of the pension promises. Advance funding involves acquiring financial assets that generate investment returns and provide an ongoing source of revenue for covering pension payments. It provides an important safeguard to privately-financed pension promises.¹⁰ In the right environment, it can help foster faster economic growth or deal with the cost pressures on public pension plans by allowing a given level of future pensions to be financed with lower contribution rates. It is also an essential ingredient of reforms that shift a portion of the responsibility for providing managing pension arrangements from the government to either private enterprises or to individuals.

In principle, advance funding of pension liabilities can accelerate the rate of economic growth either by providing a mechanism for increasing national savings or by encouraging the development of modern financial institutions. Encouraging the development of financial institutions is of potential importance in many developing countries, but is of little significance for the countries reviewed in this report. The savings argument is heard frequently in public debates about pension policy throughout much of the developed world, but with the possible exception of the reform in Australia, it seems to have had little influence on the content of actual pension reforms. One reason for this may be that the empirical evidence of the linkage between pension finance and national savings is not very convincing and the empirical estimates suggest that the magnitude of the likely impact on growth rates is not large.

The potential impact on the relationship between current contributions and future benefits has probably had a greater influence on pension reforms than has the possibility of favorable macro-economic effects. In a defined benefit system, liabilities for future pension payments grow at roughly the rate of increase in total earnings. If the funds that are set aside for financing future pension payments can be invested at a rate of return higher than the rate of growth of earnings, advance funding will produce the same future pension with a lower contribution rate than pay-as-you-go financing.

¹⁰ Advance funding assures that pension promises can be met even if the firm making the promise is no longer in business. In the past, it was more commonly found in Anglo-Saxon countries than in economies dominated by large families of industrial enterprises, presumably because the risk of bankruptcy was greater in the Anglo-Saxon model than in the alternative. Private pensions in countries like Japan and Germany have traditionally been financed on a "book reserve" basis, where the corporation notes the future liability on its balance sheet but does not set aside particular financial assets to cover it.

Pension policy in the developed world is heavily influenced, however, by the fact that this relationship is a two-edged sword. Governments that have already made future pension benefit commitments find that transferring those commitments to the private sector is more expensive than is financing them directly. At current market rates, the interest rate on the government bonds that would have to be issued to finance a transfer of the liabilities to the private sector exceeds the cost of continuing to carry the liabilities. As a result, advance funding is an attractive strategy for financing any new benefit commitments, but is not a particularly attractive strategy for financing current commitments.

Canada recently raised its pension contribution rate from 6 percent to 9.9 percent with the explicit purpose of accumulating a higher reserve fund to help finance future pensions. When combined with some modest benefit cuts introduced recently, they anticipate that the 9.9 percent contribution rate and the higher investment returns will be enough to finance currently promised benefits well into the 21st century.

Less direct and explicit shifts to advance funding are occurring elsewhere. Greater use of advance funding is being encouraged in the private pension sectors of those countries that had previously relied heavily on book reserve financing, such as Germany and Japan. Also, tax provisions are being changed in many countries to encourage more individual saving for retirement. Where gradual retrenchments are occurring in public pension systems, some offsetting increase in private, voluntary retirement arrangements can be expected. Thus, private and advance funded approaches to generating retirement income should become proportionately more important in the future, but the shift is likely to be prospective and evolutionary.

The continued expansions

As noted earlier, pension expansions have continued through the 1990s in three of the industrialized countries, Australia, Denmark and the Netherlands. The three share certain characteristics. In each case, the public sector provides only a flat rate benefit. The benefit is income tested in Australia but is available without an income test in Denmark and the Netherlands. Also, in each case the expansions have grown out of labor-management negotiations and have taken the form of mandates on private employers.

The Australian mandate grew out of a program of wage restraint in the mid-1980s. Major labor unions agreed to accept the establishment of defined-contribution, "superannuation" funds as a substitute for wage increases. Coverage expanded to almost 70 percent of the workforce through voluntary efforts and, in 1992, was extended to the rest of the population through a legislated mandate. The Australian mandate calls for the gradual phasing-in of an employer contribution of 9 percent of wages, fully effective in 2002.

The Danish and Dutch approaches also grew out of collective bargaining arrangements, although the Danish government has recently supplemented the arrangement with an additional mandated contribution. The Danish system grew up in the early 1990s and quickly spread to cover almost the entire working population owing to the extensive coverage of unions in Denmark. The Dutch system is older. It grew out of negotiated, industry-wide pension

programs. Coverage of these systems spread beyond the unionized sector as a result of laws that extend the provisions of an industry-wide labor agreement throughout the industry. Both are advance funded; the Dutch system is a defined benefit system and the Danish system is a defined contribution approach.

The structural reforms

Sweden and Italy are changing their benefit calculations to what has become known as the “notional defined contribution” approach. This approach uses the defined contribution nomenclature in describing the benefit computations. The computation actually produces a result, however, almost identical to that produced by a defined benefit plan using career average earnings. It is “notional” because it continues to operate on a pay-as-you-go basis. Under this approach, a worker’s benefit is determined by the balance in the account and the life expectancy of the worker at the time benefits begin.

The reforms have several advantages. The changed nomenclature of the pension system emphasizes the relationship between contributions and benefits, a linkage that had not been strong in either country prior to the reform. They also introduce the idea of flexible retirement ages and automatic adjustments for changes in cohort life expectancy. Further lengthening of retiree life spans will produce lower monthly benefits at each potential retirement age rather than require higher pension contribution rates. The Italian reform is expected to significantly reduce aggregate future costs, whereas major impact of the Swedish reform is to make costs less sensitive to variations in future wage and price growth rates.

The Swedish reform adds a new feature that has generated a fair amount of interest in other developed countries. A relatively modest portion of each worker’s contribution will be invested in the mutual fund of the worker’s choice through a centrally managed process designed to provide maximum individual choice without incurring the large administrative costs associated with funded individual accounts in Latin America and the United Kingdom. The plan has not yet been implemented, however.

A third example of structural reform may be emerging in the United Kingdom, but it is yet too early to know the exact shape it will take. In the late 1980s, the United Kingdom authorized workers to establish individual, personal pensions as an alternative to participating in either the state earnings related scheme or their employer scheme. The arrangement has suffered from high administrative costs that make it unsuitable for lower earners, however, and has experienced some well-publicized marketing abuses. The current government is now suggesting an alternative arrangement whereby the state earnings-related scheme would be replaced by a second flat-rate pension and a new set of defined contribution pensions to be sold on a group basis would be established as an alternative to the previous personal pensions. The objective appears to be to provide a more adequate minimum income guarantee through the state system without generating major additional future liabilities, while at the same time providing an affordable privately-managed defined contribution option for low and middle earners.

The contrast with Latin American pension reforms

A number of Latin American countries have adopted pension reforms that incorporate significant features of the system pioneered by Chile in 1981. Key elements of the model include shifting a major portion of the responsibility for pension provision to a set of newly created institutions that specialize in managing pension funds. Individual workers are allowed to select their fund manager, but they are generally not given a choice of the type of assets they will hold, since each fund manager offers only one fund. Workers also can change fund managers periodically, but must move their entire account balance to the new fund manager.

Variations on the Latin American model have been adopted in several former socialist block countries, but it has not proven appealing in the more advanced, industrialized countries. The major reasons for this are probably found in differences in the institutional environment, particularly in the strength of the labor market partners, collective bargaining traditions, and state pension institutions; the size of the preexisting pension commitments; and the breadth of the preexisting financial institutions in the industrial countries.

In the industrial countries, funded pension systems tend to have grown out of collective bargaining rather than being created by the state. Where the state has mandated participation in such systems, the mandated approach has been built on the preexisting institutions. The result tends to be a mandate to participate in industry-wide funds that tend to have some form of joint, labor-management supervision. Building on the existing arrangements is much easier politically and appears to produce a system with lower overhead charges.

Where the state has mandated (in the case of Sweden) or allowed (in the case of the U.K.) participation on an individual basis, the market has been opened to a wide variety of financial service providers. In the industrialized countries, voluntary employer-sponsored, defined contribution pension plans tend also to offer a wider array of choices. Where a variety of financial institutions are already selling a range of financial products, neither the potential buyers nor the potential sellers are likely to find a structure as restricted as the one used in Latin America to be acceptable. It remains to be seen whether the industrialized countries can regulate a less restrictive structure effectively.

The existing state pension institutions in many of the industrialized countries are seen as relatively competent, efficient and effective deliverers of service, and the current benefit commitments in many of the countries are relatively large. The countries do not have the same incentive to privatize in order to obtain acceptable service delivery results as has been the case in some places in Latin America. Also, they find that the transition costs of a rapid change from pay-as-you-go to funded accounts would be prohibitive. Taken as a group, the industrialized countries are likely to shift more of the responsibility for providing retirement income to funded arrangements and to the private sector, but the shifts are likely to be far more modest and far more evolutionary than have been the shifts in Latin America.

Concluding observations

The industrialized world faces a growing challenge of finding adequate means to finance retirement income programs as their populations age. The problem is already manifesting itself in Japan and some European countries, and will get much worse in most of the developed world in the next thirty years.

When all of the institutional complications are stripped away, societies have only three ways of adjusting to aging: raising retirement ages, reducing monthly benefits, or increasing the share of the country's total output that is devoted to retirement income support. Adjustment patterns in the industrialized world suggest that most will settle on a mix of all three.

Of the three possible strategies, raising the effective retirement age appears to be the least popular. So far, only a couple of countries have been willing to try across-the-board adjustments, though a few have been willing to force those who have shorter work careers to work longer and to withdraw some of the early retirement privileges granted previously to specific groups. Others hope that changes in the incentive structures will encourage later retirements without the need to resort to unpopular cut backs.

Modest benefit reductions have been common, particularly where the objective is to better target the social component of the benefit package. Countries are shifting to defined contribution arrangements to better insulate themselves from effects of further increases in retiree life expectancy. Using benefit reductions rather than retirement age increases to adjust for the effects of aging runs the risk of generating, over time, unacceptable income disparities between the aged and working age populations. Growing disparities may eventually leave these countries with little choice but to subsequently increase the revenues going to the retirement system.

Countries are also looking for a variety of ways to find the additional revenues needed to avoid serious reductions in future retirement incomes. Increases in pension contribution rates have been relatively rare, recently. Attempts to find other sources of government revenue to use in pension finance have been somewhat more common. Most common of all, however, have been attempts to get the private sector to shoulder more of the responsibility (perhaps as a result of a government mandate) and to use investment returns to supplement contribution income.

All things considered, most industrialized countries are muddling through without wanting to face directly the difficult choices that aging presents. Few are fully prepared for the challenge of financing the benefits now scheduled for 2030. One should expect that they will continue to muddle through for the foreseeable future.

Annex

Capsule Summaries of Recent Pension Reforms

Australia

- **Increase and equalize the retirement age.** Under the income-tested flat grant, the minimum eligibility age for men and women is being equalized by raising the age for full benefits for women to 65, to be fully effective in 2013. The minimum age for access to private pension (“superannuation”) accounts is scheduled to increase from 55 to 60, fully effective in 2025.
- **Increase contribution rates.** Beginning in 1992, employers were required to contribute to privately managed pension funds. The original plan was to phase in a 12 percent contribution rate over the period 1992 through 2002, of which 9 percent was to be from employers and 3 percent from employees. The plan for the employee contribution was subsequently dropped. The rate in 1999 is 7 percent.
- **Greater advance funding.** The mandated pension plans are to be fully funded; most are defined contribution plans.

Austria

- **Tighten early retirement requirements.** For those taking early retirement: (1) the number of years over which average earnings are calculated will be increased from 15 to 18, fully effective in 2020, and (2) an additional deduction of up to 15 percent is to be introduced, reflecting the difference between the normal retirement age and the age at which benefits were drawn, effective in 2000.
- **Expand partial pensions.** The requirements that need to be met to qualify for combining partial pensions and part-time work after reaching age 61 (for men) or age 56 (for women) were liberalized effective 1998.
- **Increase incentive to delay retirement.** In the early 1990s, the accrual rate after 30 years of contributions was increased from 1.5 percent per year to 1.67 percent per year and theThe accrual rate for first 30 years was reduced from 1.9 percent per year to 1.83 percent per year.

Belgium¹¹

- **Equalize (increase) retirement age.** The retirement age for men and women is being equalized by raising the age for full benefits for women to 65 (fully effective in 2009).
- **Tighten early retirement requirements.** The number of years of contributions needed to be eligible for early retirement is being increased from 20 to 35.

Canada

- **Increase benefit targeting.** The flat grant benefit is now taxed back from higher income retirees through income tax surcharges.
- **Increase contribution rates.** Contribution rates for the earnings related plans are to increase from 6.0 percent (combined employer-employee) to 9.9 percent between 1998 and 2003.

¹¹ Salaried Employees Pension Plan

- **Greater advance funding.** The increased contribution rates will generate annual surpluses that will be invested in private securities. Investment returns will help finance future retirement benefits.

Denmark

- **Increase contribution rates.** Collectively bargained supplemental pensions spread to cover some 80 percent of the employed workforce in the late 1980s and early 1990s. Effective 1999, a new contribution of 1 percent of gross income is being introduced to fund a new, compulsory, universal, mandatory pension program.
- **Greater advance funding.** Both the negotiated plans and the new universal plan are fully funded, defined contribution schemes, although the universal plan allocates credits among accounts according to hours worked rather than contributions paid.

Finland

- **Increase benefit targeting.** What had previously been a flat grant benefit became income tested in 1996.
- **Tighten early retirement requirements.** The earliest age of eligibility for early retirement benefits has been increased by 3 years for those born after 1940.
- **Reduce early retirement pensions.** Accrual rates for calculating pensions for early retirees were reduced from 1.5 percent per year to 1.2 percent per year between ages 50 and 59 and 0.8 percent per year between ages 60 and 65, effective 1996.
- **Reduce benefit levels.** The number of years used to compute average pre-retirement earnings is being increased from 4 to 10, to be fully effective in 2006. Also, beginning in 1996 the index for adjusting pensions after retirement was changed by increasing the weight on price changes and reducing the weight on wage changes.

France

- **Reduce benefit levels.** The number of years over which pre-retirement earnings are averaged is being increased from 20 to 25, fully effective in 2008.
- **Tightened eligibility requirements.** The number of years of contributions required for full benefits is being increased from 37.5 to 40, fully effective in 2003.

Germany

- **Reduce early retirement benefits.** The age limit for most old-age pensions is being increased to age 65, to be fully effective over the years 2001 to 2004 (depending on the category). Benefits will continue to be available at age 60 or 63 (depending on the category) for many beneficiaries, but will be reduced by 0.3 percent for each month between the month that an individual files and the month the individual turns 65.
- **Increase early retirement age.** The age for initial eligibility for retirement benefits will gradually be increased to 62 effective in 2012, and only those with 35 years of service will be eligible for reduced benefits.
- **Reduce benefit levels.** In 1992, benefit adjustments were indexed to changes in average net earnings (earnings net of taxes and social insurance contributions) rather than changes in gross earnings. A demographic factor was added in 1997 (to be effective in 1999) that gradually reduced the replacement rates of newly retiring workers to reflect gains in life expectancy, but the provision has since been suspended.

- **Increased budget subsidy.** Effective 1999, the government subsidy was increased from 20 percent of total expenditures to 25 percent of total expenditures, financed by a one percentage point increase in the value added tax effective April 1998, and allowing some reduction in contribution rates.

Italy

Reform enacted in 1995 is effective prospectively beginning in 1996 and contains the following features:

- **Tighten benefit contribution linkage.** The benefit computation was changed from a formula based on the previous five years of earnings to one based on lifetime earnings.
- **Introduce demographic adjuster.** The benefit schedule is to be adjusted every ten years to fully offset projected changes in life expectancy after retirement.
- **Tighten early retirement requirements.** The age of first eligibility is to be increased from 52 with 36 years of contributions to 57 with 40 years of contributions.
- **Reduce benefit levels for early retirees.** Benefits are to be adjusted to reflect remaining life expectancy at the time benefits are started. Benefits under the new system will generally be lower than benefits under the old system for those retiring before age 63 and having fewer than 39 years of service.
- **Reduce benefits for self-employed.** Benefits for self-employed will be reduced relative to those of employees to correspond more closely to the lower contribution rate paid by the self-employed.

Japan¹²

- **Increase retirement age.** The age for entitlement to the full flat rate benefit (the “National Pension”) is 65. However, persons entitled to pensions under the earnings-related scheme were previously eligible for a special flat rate benefit payable between the ages of 60 and 65. That benefit was eliminated in 1994. In 1999, the government announced its intention to also raise the retirement age for the earnings related pension from 60 to 65, fully effective in 2025 for men and 2030 for women. Attempts to legislate a similar increase failed in 1994.
- **Reduce benefit levels.** The index for adjusting benefits was changed from a mixture of prices and gross wages to a mixture of prices and net wages in 1994. In 1999, the government announced its intention to drop the wage index entirely and to reduce benefits under the earnings-related scheme by 5 percent.
- **Increase contribution rates.** Between 1994 and 1996, contribution rates were increased from 14.5 percent (employer and employee combined) to 17.35 percent. The government has announced that rates in the future will rise at roughly 2.5 percentage points each 5 years, reaching some 29.6 percent by 2025. In 1999, the government announced its intention to delay the next scheduled rate increases, and that the other changes it is considering could result in a lowering of the projected 2025 rate from 29.6 percent to the neighborhood of 25 to 27 percent.

¹² The earnings-related scheme discussed here is the Employees Pension Insurance program covering private sector industry and commerce.

- **Increased budget subsidy.** In 1999, the government announced its intention to increase the subsidy to the flat rate scheme from one-third of total spending to one-half of total spending, with the additional revenues to be raised through higher consumption taxes.

New Zealand

- **Increase retirement age.** The age of eligibility for the universal pension is being gradually increased from 60 to 65, to be fully phased in by 2001.
- **Increased targeting of benefits.** The universal pension was subject to an income tax surcharge beginning in 1984, but the surcharge was suspended in 1998.

Portugal

- **Equalize (increase) retirement age.** The retirement age for men and women is being equalized by raising the age for full benefits for women to 65 (fully effective in 1999).
- **Reduce benefit levels.** A 1994-95 reform reduced the accrual rate from 2.2 percent per year of service to 2.0 percent per year of service and based benefits on earnings averaged over 15 years rather than 10.
- **Increased budget subsidy.** The 1994-95 reform increased the Value Added Tax by one percentage point to help finance pensions. This was partially offset by a 0.75 percentage point reduction in the employer contribution.

Spain

Changes enacted in 1996 and effective in 2000:

- **Tighten eligibility requirements.** A full benefit will require 35 years of contributions (up from 30), and 15 years of contributions will be required to receive half of the full benefit (compared to 10 years of contributions to receive 60 percent of the full benefit today.) Access to early retirement is to be tightened.
- **Reduce benefit levels.** Pension calculations are to be based on the average of the last 15 years of contributions rather than the last 8.

Sweden

Reform enacted in 1998. It is fully applicable to those born after 1953, and partially applicable to those born after 1937.

- **Tighten benefit contribution linkage.** The benefit computation is changed from basing benefits on highest the best 15 years or price indexed earnings to a career average of wage indexed earnings.
- **Introduce demographic adjuster.** The benefits of each cohort are to be adjusted to fully offset any projected changes in the cohort's life expectancy.
- **Introduce flexible retirement.** Retirement at any age after age 61 will be allowed with actuarially calculated adjustments to monthly benefits. This replaces a partial pension program allowing partial retirement between ages 61 and 64.
- **Introduce new nomenclature.** The new system is described as a defined contribution system, rather than a defined benefit system, to stress the linkage between benefits and contributions.

- **Greater advance funding.** A mandatory individual account component will be added, to be centrally managed, but privately invested.

Switzerland

- **Equalize (increase) retirement age.** The retirement ages for men and women will be more nearly equal as the retirement age for women is gradually increased to 64, fully effective in 2004.

United Kingdom

- **Equalize (increase) retirement age.** Retirement ages for men and women are to be equalized by gradually increasing the age for women to 65 between 2010 and 2020.
- **Increase advance funding.** In 1986, personal pensions were allowed as an alternative to the pay-as-you-go, state-run, earnings related system – as well as to employer-sponsored occupational pensions.
- **Reduce benefits.** Effective 1999, benefits under the state earnings-related scheme are to be based on lifetime earnings, rather than 20 best years. Effective 2009, the maximum replacement rate is to be reduced from 25 percent of average earnings to 20 percent of average earnings.
- **Further reforms begin discussed.** In a December 1998 Green Paper, the current government proposed replacing the current earnings related scheme with a new State Second Pension that will pay a flat benefit. It also proposed to encourage higher income people to opt out of this pension (into funded arrangements) by increasing the rebate they receive if they chose not to participate in the new plan. The government also proposed to create a “stakeholder pension scheme,” which appears to be an advanced-funded, defined-contribution arrangement set up to have low administrative costs.

Bibliography

- Bateman, Hazel, and John Piggott. 1997. *Private pensions in OECD countries — Australia*. Labour Market and Social Policy Occasional Papers No. 23 (OECD/GD(97)136). Paris: Organization for Economic Cooperation and Development.
- Hamann, A. Javier. 1997. *The Reform of the Pension System in Italy*. Working Paper WP/97/18. Washington: International Monetary Fund.
- International Social Security Association, “Trends in Social Security,” 1997:1 through 1999:1
----- *Social Security Worldwide*
- Kalisch, David W. and Tetsuya Aman. 1997. “Retirement Income Systems: The Reform Process Across OECD Countries,” Paper prepared for Joint ILO-OECD Workshop on Development and Reform of Pension Schemes. DEELSA/ILO(97)4. Paris: OECD.
- Koch, Manfred and Christian Thimann. 1997. *From Generosity to Sustainability: The Austrian Pension System and Options for its Reform*. IMF Working Paper WP/97/10. Washington: International Monetary Fund.
- Scherman, Karl Gustaf. 1998. *The Swedish Pension Reform*. (xerox)
- Social Insurance Institution of Finland. 1996. *Statistical Yearbook, 1995*.
- Svensson, Hans. 1998. “Sweden,” In *The Future of Social Security*. Federation of Social Insurance Offices. 192-203. Stockholm.

- Thompson, Lawrence H. 1998. *Older and Wiser: The Economics of Public Pensions*. Washington: The Urban Institute Press.
- Takayama, Noriyuki. 1995. "The 1994 Reform Bill for public pensions in Japan: Its main contents and related discussion." *International Social Security Review*. (48)1: 45-65.
- Terribile, Flavia. 1996. "Portugal: Reforming the Social Security System." *The OECD Observer*. 201 (August/September): 36-38.
- United Nations. 1995. *World Population Prospects, 1994 edition*. New York: United Nations.
- U.S. Social Security Administration. 1997. *Social Security Programs Throughout the World, 1997*.
- Weaver, R. Kent. 1998. "The Politics of Pensions: Lessons from Abroad." In *Framing the Social Security Debate: Values, Politics and Economics*. Edited by R. Douglas Arnold, Michael J. Graetz and Alicia H. Munnell. Washington, DC: National Academy of Social Insurance. Including discussions by Richard Disney (Developments in the U.K.). 229-236; John Myles (Developments in Australia, Denmark and Holland). 237-247; Winfried Schmähl (Developments in Germany). 248-271; and David Walker (Developments in Canada). 272-279.

**Table 1. Aged Dependency Ratios in Selected OECD Countries
(population age 60 and over divided by population aged 16 through 59)**

Country	Estimated Dependency Ratio			Change, 2000-2030	
	1950	2000	2030	Absolute	Percent
Australia	.17	.20	.31	.11	56
Austria	.20	.24	.38	.14	56
Belgium	.20	.26	.37	.12	44
Canada	.16	.20	.33	.13	62
Denmark	.18	.24	.36	.11	46
Finland	.15	.24	.35	.11	45
France	.21	.25	.35	.10	40
Germany	.19	.27	.40	.13	50
Ireland	.21	.19	.28	.09	45
Italy	.17	.28	.42	.14	52
Japan	.12	.26	.38	.12	45
Netherlands	.16	.22	.38	.16	72
New Zealand	.18	.20	.30	.10	51
Norway	.18	.24	.33	.09	38
Portugal	.15	.20	.34	.10	39
Spain	.15	.25	.39	.14	54
Sweden	.20	.27	.35	.08	29
Switzerland	.15	.24	.39	.14	64
United Kingdom	.20	.25	.34	.09	36
United States	.17	.21	.31	.11	51
Simple Average	.18	.24	.35	.12	48

Source: United Nations, 1995.

Percentage Change in the Aged Dependency Ratio, 2000 to 2030

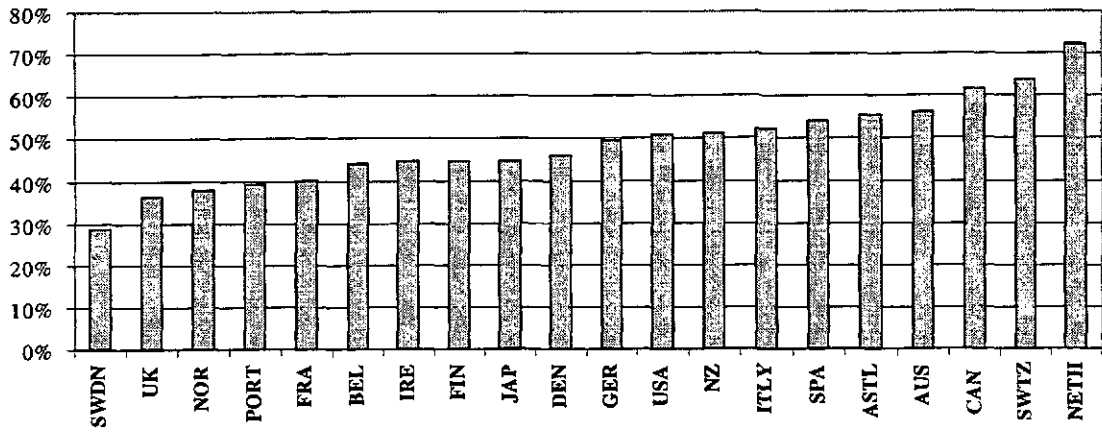


Table 2. Structure of Mandated Retirement Benefits in Major Industrial Countries

Country	State Run System						Private Mandate	Other Major Features
	Flat Benefit		Earnings-related Benefit	Replacement Rate ¹	Contribution rate ²	Contribution ceiling ³		
	Demo-Grant	Contributory						
Australia				27	none	na	/	Income-tested flat grant
Austria			/	72	22.8	1.6		
Belgium			/	53	16.4	none		
Canada	/		/	39	6.0	1.1		Voluntary employer plans
Denmark	/			-- ⁴	none	na	/	
Finland				60 ⁵	16.4	3.6	/	Income-tested flat grant
France			/	50	16.5	1.8	/	
Germany			/	47	20.3	1.9		
Ireland		/		29	19.8 ⁶			Voluntary employer plans
Italy			/	-- ⁴	28.3	1.0		
Japan		/	/	53	17.3	2.1		
Netherlands		/		30	32.3	0.9	/	
New Zealand	/			34	none	na		Voluntary employer plans
Norway		/	/	53	21.9	none		
Portugal			/	80	34.8	-- ⁴		
Spain			/	86	28.3	1.8		
Sweden	/		/	66	20.1		/	
Switzerland		/		20	9.8		/	
United Kingdom		/	/	40	22.0 ⁶	1.5		Voluntary employer plans
United States			/	41	12.4	2.5		Voluntary employer plans

1. Approximate benefit assuming 40 years of credit at average wage in manufacturing, divided by the average wage (assumed 44 pension points for Germany);

2. Combined employer-employee contribution rate for old-age, disability and death benefits; 3. Ratio of ceiling on wages subject to contribution to average manufacturing wage; 4. Data missing; 5. Benefit from the employer-mandated portion of the system; 6. Rates vary with earnings and includes rates for other programs, this is the highest rate. Source: author's calculations from data in U. S. Social Security Administration (1998).

IV.3 EL SISTEMA PENSIONAL COLOMBIANO

Ulpiano Ayala Oramas¹

INTRODUCCION

A partir del 1 de Abril de 1994 funciona en Colombia un nuevo sistema pensional, como resultado de una Reforma de la Seguridad Social que comprendió también las áreas de la salud y de la protección contra riesgos profesionales. Este documento se especializa en el sistema de pensiones de vejez, invalidez por causa general, y para sobrevivientes.

Una primera parte del trabajo presenta los antecedentes del sistema pensional que hay ahora: lo que motivó la reforma del año 93, y la manera como ésta tuvo lugar mediante una negociación entre Ejecutivo y Congreso. La segunda sección describe formalmente el sistema resultante: sus componentes y regímenes de contribuciones y beneficios. La tercera parte trata de la experiencia de estos primeros años a través de los indicadores de cobertura, reservas, resultados, y se señalan las principales dificultades de implementación. La sección cuarta se concentra en los aspectos macroeconómicos y distributivos, que son afectados por los costos fiscales y la forma de financiación de la reforma pensional del 93, así como de las demás obligaciones pensionales no afectadas por esta reforma. La quinta y última sección trata de las perspectivas de los nuevos ajustes al sistema de pensiones que tendrán lugar próximamente.

1. RAZONES Y PROCESO DE LA REFORMA PENSIONAL COLOMBIANA DE 1993

1.1 Las reformas estructurales del comienzo de los 90s

La reforma pensional colombiana de 1993 hizo parte de un amplio conjunto de reformas políticas, sociales y económicas emprendidas a partir de 1990. La reforma constitucional de 1991 realizó profundas modificaciones políticas, dentro de las cuales se destacan los avances en la democracia participativa y en la descentralización, y el establecimiento de unos derechos fundamentales y servicios esenciales cuya garantía corresponde al Estado, entre los cuales se incluye ahora la Seguridad Social. Se autorizó la prestación de los servicios necesarios correspondientes por parte del sector privado, bajo la regulación estatal. Las reformas económicas se orientaron a la apertura y liberalización de la economía, y de ellas hicieron parte reformas laborales que flexibilizaron la contratación laboral, y por ello generaron el compromiso de modernizar y extender la protección social. También hubo reformas financieras que impusieron la regulación prudencial, el esquema de filiales para la organización de la actividad financiera y en el mercado de capitales, la eliminación de toda discriminación en contra de los inversionistas extranjeros, y los demás requisitos para el funcionamiento de administradores privados de fondos de pensiones.

¹ Investigador Asociado, FEDESARROLLO, Colombia (uayala@fedesarrollo.org.co).

1.2 Motivos para la reforma pensional

Esta reforma pensional se realizó en previsión de una aceleración de la maduración demográfica prevista para comienzos del siglo próximo, que haría insostenible el antiguo régimen financiero. Aunque éste no había entrado todavía en crisis abierta, estaba en vísperas de exigir sucesivas alzas de contribuciones que no tenían viabilidad política, y que implicarían aumento de los ya altos índices de evasión². La cobertura del sistema era muy baja: apenas 20% de la población y 30% de la fuerza laboral. Aunque ello se ha debido en buena parte a que algo más de la mitad del empleo se encuentra en los sectores informal urbano y campesino, también es cierto que había evasión significativa en el propio sector moderno. A causa de la inflación y de reglas que favorecían pensionamiento temprano o tras cortos períodos de contribución (a partir de solo 10 años), las pensiones efectivas eran relativamente pobres en la mayoría de casos. Había un alto riesgo de que al normalizarse las condiciones económicas y bajo reglas que contenían muchos incentivos perversos, se aumentarían demasiado las obligaciones, el desequilibrio financiero y las necesidades de aportes fiscales.

El sistema colombiano de seguridad social tenía en 1993 unos 4.5 millones de afiliados y 0.7 millones de pensionados. Estaba compartimentalizado entre: (a) un subsistema centralizado y de reparto simple, el del Instituto Colombiano de Seguros Sociales (ISS), para 3.5 millones de trabajadores del sector privado y las empresas comerciales del estado, y (b) unas mil cajas o fondos públicos de previsión social para 1 millón de empleados públicos. Numerosas empresas continuaban teniendo a cargo las prestaciones previsionales de sus trabajadores, como ocurría con las petroleras y las establecidas en zonas a las cuales no había llegado todavía el ISS. La reforma tuvo también que superar la desintegración del antiguo sistema, que lo hacía injusto y restringía la movilidad laboral, el que fuera tan atomizado y por lo tanto ingobernable y vulnerable a las manipulaciones y presiones políticas, y el que tuviera grandes inequidades internas, principalmente dentro del sector público y entre éste y el sector privado. El régimen pensional para empleados públicos no era contributivo en la práctica, y por lo tanto dependía de traslados presupuestales crecientes, que estaban llegando a 1.5 % del PIB por año (1% a cargo del gobierno central y 0.5% de las autoridades territoriales). A pesar de que el sector público tenía solo un 25 % de los afiliados del sistema total, sus pensionados representaban un 40% del total, y su pasivo pensional algo más de la mitad.

1.3 La propuesta gubernamental

Ante estas circunstancias, el Gobierno propuso al Congreso una reforma pensional orientada a la eventual sustitución completa del antiguo sistema por otro nuevo, basado enteramente en la capitalización individual, administrado privadamente y regulado públicamente, y con garantías estatales para completar pensiones mínimas. Durante un período de transición de unos 30 años sobreviviría el sistema definido por beneficios administrado por el ISS, pero solo para los afiliados iniciales que optaran por él, y con neutralidad de beneficios esperados entre esta alternativa y la basada en el ahorro individual, lo cual implicaba una reducción sustancial de

² La contribución necesaria para alcanzar equilibrio financiero del ISS ya habría llegado a 8% en 1994 y se habría elevado hasta 25% en el año 2020.

las pensiones garantizadas tras un período de transición de diez años.³ Los nuevos afiliados sólo podrían optar por el régimen de capitalización individual, y de esta manera es que llegaría a extinguirse el sistema administrado públicamente. Los empleados públicos se integrarían desde el comienzo al mismo esquema pensional, pero las funciones correspondientes de las cajas públicas de previsión desaparecerían en un plazo mediano y los que optaran por el régimen de beneficio definido lo encontrarían solo en el ISS. Se otorgarían bonos pensionales que facilitasen el traslado de afiliados actuales a los fondos pensionales y reconocieran el pasivo pensional correspondiente y acumulado hasta la fecha del cambio. La deuda pensional por cuenta de trabajadores activos y pensionados del sector público descentralizado y de las entidades territoriales sería asumida por las empresas y los gobiernos respectivos, y no por el fisco central.

1.4 Alternativas

En el momento del diseño de la propuesta oficial, y más tarde durante el trámite de la ley en el Congreso, se debatió la posibilidad de que el sistema de capitalización individual fuera complementario a un sistema público de reparto, basado en el ISS, que suministraría una pensión básica universal, o que aseguraría hasta un determinado número (hasta 4) de salarios mínimos, según otras alternativas. En un principio se pensó que dicho esquema facilitaría la financiación de los costos fiscales de la reforma pensional, pero se constató que en caso colombiano ello no era necesario, porque al anticipar la reforma de manera que aplique a una población mayoritariamente joven, se reducen dichos costos y se generan superávits que a su vez facilitarían la financiación. Más tarde, la alternativa “mixta” representó más bien una fórmula política para preservar algún monopolio del ISS. Pero a ella se opusieron el gobierno y los demás impulsores del nuevo esquema de capitalización, por las siguientes razones: (a) dados los costos de las pensiones mínimas (55% de los salarios promedios cubiertos entonces, en el caso del ISS) y de las perspectivas evolución demográfica, se requerirían altas contribuciones totales o se restringiría demasiado el espacio para aportes al nuevo sistema de ahorro individual, no haciéndose atractiva su operación comercial; b) la afiliación conjunta a los dos subsistemas implicaría que el desarrollo de éste último se sujetaría a la baja cobertura del sistema público; c) se produciría una segmentación del sistema pensional según niveles de ingresos, según la cual los pobres se confinarían en el sistema público; y (d) se pospondría y dificultaría la integración del sistema pensional del sector público.

1.5 Resultado de la negociación política

El Congreso no aceptó la propuesta gubernamental de eventual sustitución completa por un sistema de capitalización individual, y se llegó finalmente a un acuerdo político, explicado luego en mayor detalle, según el cual en principio conviven y compiten indefinidamente opciones definidas por beneficios o por contribuciones⁴. Adicionalmente, la negociación

³ La propuesta gubernamental contemplaba que los que se jubilarían en el ISS a partir del 2004 se pensionarían por vejez a los 65 años y con un mínimo de 25 años de cotizaciones, así como tasas de reemplazo proporcionales a las contribuciones y equivalentes a las que se obtendrían con capitalización al 4.5% real anual.

⁴ Vale la pena también anotar que la propuesta gubernamental inicial era solo de reforma pensional, y que como resultado de la negociación con el Congreso, también se amplió el ámbito de la reforma a la seguridad social en salud, siguiendo los mismos principios de permitir la selección por los usuarios de las entidades aseguradoras y prestadoras de servicios, la participación privada en estas actividades, la competencia con entidades públicas, y

conllevó un desequilibrio de beneficios entre subsistemas, ya que se mejoraron los de tipo garantizado respecto a la propuesta gubernamental, favoreciendo particularmente a los afiliados que tuvieran mayores edades al momento de la reforma, así como a los empleados públicos. Ello elevó significativamente los costos fiscales de la reforma pensional.⁵ El gobierno y los partidarios de la reforma aceptaron la transacción porque dio espacio suficiente, independiente, e inmediato para el desarrollo del nuevo esquema pensional basado en el ahorro individual. Como se verá luego, lo que es esperable es que a pesar que se haya establecido formalmente la coexistencia indefinida de sistemas diversos, en la práctica tenderá a prosperar principalmente a la larga la nueva modalidad pensional de capitalización individual. Pero el marco legal resultante no identifica claramente esa tendencia, y ello añade una incertidumbre que afecta la inversión en la actividad de administrar fondos de pensiones.

La propuesta gubernamental excluyó de la reforma al personal militar de las fuerzas militares. Más tarde, mediante presión política durante el trámite parlamentario también lograron exceptuarse los maestros públicos de primaria y secundaria y los trabajadores de la empresa petrolera estatal. También se excluyeron los actuales empleados civiles de las fuerzas militares y la policía.

Por lo tanto, lo que ha habido ha sido un aplazamiento de la decisión formal de cierre de la opción definida por beneficios, conjuntamente con una redistribución de ingresos favorable a las generaciones actuales y a los empleados públicos, en razón de que tuvieron el poder político suficiente para protegerse, pero sin impedir el surgimiento y consolidación inmediatos del nuevo esquema que atiende a los jóvenes y que será el de las generaciones futuras. La transitoriedad de este arreglo y la dependencia del mismo respecto a subsidios públicos generan sin embargo un ambiente de incertidumbre y vulnerabilidad a las injerencias políticas, que deberán remediarse en un futuro cercano.

También se ha comprobado que los déficits fiscales que quedan a partir de la reforma, por cuenta del sistema de pensiones, hacen insostenibles las finanzas públicas colombianas, y que para que no haya una reducción significativa del ahorro doméstico, no permiten una financiación que recurra adecuadamente al endeudamiento o traslado de la carga a generaciones futuras, exigiéndose por lo tanto un ajuste fiscal en el resto de sectores, lo cual restaría recursos públicos para atender otras prioridades decisivas (como la formación de capital humano o la reducción de la pobreza) y recargado sobre la generación actual de afiliados y contribuyentes. Pese a que la reforma sí redujo los déficits fiscales por cuenta de las pensiones respecto a un escenario sin reforma, y a que lo que hizo fue reconocer deudas ya

la regulación estatal. La reforma del sistema de salud sin embargo ha tenido una diferencia notable respecto a la de pensiones, ya que ha pretendido la cobertura universal, al establecer un régimen subsidiado de seguros, paralelo al contributivo.

⁵ Frente a la propuesta inicial, el Congreso extendió el período de ajuste de los beneficios garantizados de 10 a 20 años, redujo la edad de pensionamiento por vejez de 65 a 62 o 57 años, según sexo, y elevó el rango de las tasas de reemplazo garantizadas. También fue en la etapa legislativa que surgió la norma que permite traslados entre subsistemas con tal que se haga con frecuencia superior a los tres años, que es la más problemática del régimen actual, como se verá más adelante. Otras iniciativas parlamentarias incluidas en la ley consistieron en la introducción de los subsidios cruzados para apoyar contribuciones de los menos pudientes, y la especialización de las AFPs en pensiones y cesantías y la exclusión de otros administradores. El Congreso también impuso una alta exención tributaria sobre las pensiones,

causadas y que estaban ocultas, todo ello se hizo solo a un grado insuficiente para las posibilidades de largo plazo de la economía colombiana. Por otra parte, tampoco se hicieron ajustes en los sectores y prestaciones no integrados al nuevo sistema pensional, y ello ha permitido que continúen causándose nuevas obligaciones para el fisco. Como se verá luego, las preocupaciones fiscales están motivando en este momento, en el cual la economía colombiana experimenta serias dificultades y no solo de tipo coyuntural sino también de orden estructural, que se plantee una nueva ronda de reformas del sistema de pensiones.

2. EL SISTEMA PENSIONAL VIGENTE POR LEY 100 DE 1993

El sistema está compuesto por un régimen de pensiones garantizadas, llamado de “prima media”, y por otro definido por contribuciones, denominado de “ahorro individual”, entre los cuales puede optar cada afiliado de los sectores público o privado, y aún más, puede desplazarse entre ellos, con tal que lo haga con frecuencia superior a tres años. Las contribuciones son iguales, y representan un 13.5% de los salarios cubiertos. En cada momento la afiliación es exclusiva a solo uno de los subsistemas.

2.1. El subsistema de Prima Media

El sistema definido por beneficios es administrado públicamente y se debe ir concentrando en el Instituto de Seguros Sociales, ya que las cajas previsionales para el sector público van perdiendo sus funciones pensionales porque no reciben nuevos afiliados, y porque a cada cambio de empleo, quienes opten por esta modalidad solo pueden ejercerla a través de dicho Instituto. También van liquidando sus funciones pensionales a medida que pierdan su solvencia y tengan que recurrir a soportes presupuestales. Los fiscos nacional, departamentales y municipales atienden el pago de las pensiones ya causadas mediante ventanillas especiales, y emitirán los bonos pensionales correspondientes a los traslados de afiliados activos. En un período no mayor a diez años esta opción deberá haberse concentrado totalmente en el ISS.

Las pensiones garantizadas cubren riesgos de vejez, muerte e invalidez por causa común, a partir de un fondo común. Como las contribuciones son constantes y muchos de los afiliados emigrarán al sistema de ahorro individual, particularmente los jóvenes, es esperable que este subsistema acumule reservas solo durante un período de algunos años y eventualmente llegue a agotarlas y a no poder pagar sus obligaciones con base en las contribuciones corrientes. La ley determina que a partir del agotamiento de reservas del ISS el gobierno cubrirá los déficits de caja de esta entidad, e implica que los reajustes de contribuciones que podrían evitarlo son solo de competencia del parlamento. Los que provengan de otras cajas públicas vendrán acompañados de títulos de deuda al ISS, que la hará efectiva a partir de cuando se pensionen, ya que el presupuesto nacional solo se hará cargo de la deuda del ISS y de las obligaciones de las cajas públicas de orden nacional que hayan sido liquidadas por insolventes. Las obligaciones de las cajas y fondos pensionales de los sectores públicos territoriales y descentralizado correrán por cuenta de los fiscos locales correspondientes, los cuales deberán también emitir y pagar bonos pensionales para traslados a los fondos de pensiones del sistema de ahorro individual y para traslados al ISS. Las cajas sobrevivientes y los fiscos locales deberán constituir garantías que respalden sus bonos pensionales de todo tipo, y deberán destinar para ello parte de las transferencias que reciben del gobierno nacional, tributos

locales, y participaciones en regalías nacionales como las que se reciben de las explotaciones petroleras.

2.2 El subsistema de Ahorro Individual

El sistema definido por contribuciones acumula una parte de ellas (10% de los salarios cubiertos) en cuentas de propiedad individual administradas como fondos mutuos de inversión por sociedades privadas y anónimas especializadas en ello, reguladas estatalmente. Los afiliados pueden efectuar traslados libres entre administradoras, con tal que sea con frecuencia superior a seis meses. Los saldos acumulados de dichas cuentas son empleados para comprar pensiones de vejez (con beneficios para sobrevivientes), como rentas vitalicias provistas por aseguradoras separadas de los administradores de los fondos, o como retiros programados provistos por éstos últimos, o alguna combinación de los anteriores. El resto de las contribuciones (3.5%) paga comisiones de administración y seguros colectivos contra invalidez por causa general o para cuando haya muerte prematura de los afiliados. La competencia entre administradoras es la que determina las comisiones, y la competencia entre aseguradoras la que establece las primas de estos seguros. Cualquier residuo debe ir a la cuenta de ahorro del afiliado. El Estado complementa los ahorros y los seguros para asegurar pensiones mínimas (que ahora son de US\$ 130/mes) a quienes hayan cumplido requisitos de tiempo de contribución (1150 semanas) y de edad (57 o 62 años) en el caso de las pensiones de vejez, y en los casos en los cuales sea necesario para las pensiones de invalidez y muerte.

Los bonos pensionales para traslado a los fondos de pensiones administrados privadamente equivalen a lo que se hubiera acumulado en un régimen de capitalización completa hasta el momento del cambio, al ritmo necesario para que durante toda la carrera laboral se llegara a acumular el capital necesario para financiar una pensión de vejez como la que regía en el antiguo sistema pensional. No son un reconocimiento de las contribuciones pasadas, porque éstas eran insuficientes o inexistentes, ni contienen incentivos fuertes para traslados. La tasa de acumulación y para efectos del cálculo del capital necesario es del 4% real anual, que es también lo que se reconoce como interés devengado por el bono entre el momento del traslado y el de la maduración de la obligación. Los bonos pensionales para traslados dentro del sistema de beneficio definido obedecen a un principio análogo, y están destinados a reconocer las deudas pensionales que no asumirán el ISS ni la nación, sino que estarán a cargo de cajas o empresas privadas o públicas descentralizadas que asumían las pensiones de sus afiliados o trabajadores hasta el traslado al ISS.

2.3 Instrumentos redistributivos del ingreso

Hay una contribución adicional de 1% de los salarios cubiertos de quienes ganen más de 4 salarios mínimos (US\$ 540/mes), destinada a subsidios temporales para las contribuciones de grupos pobres específicos, para que se puedan mantener dentro del sistema pensional contributivo.

La ley de reforma pensional también estableció nuevas pensiones asistenciales de medio salario mínimo para personas pobres de 65 o más años, que no hayan accedido al sistema contributivo o no hayan completado requisitos en éste. Ello requiere pruebas de medios, y se desarrolla según programas dirigidos a grupos específicos, no como derechos generales.

Vale la pena destacar que las garantías de pensiones mínimas, los subsidios para contribuciones de los pobres, y las pensiones asistenciales, configuran un conjunto de medidas redistributivas financiadas principalmente por el fisco, que están destinadas a ampliar la cobertura de la protección social. La reforma de la seguridad social en salud ha ido aún más allá y más pronto que la de pensiones en esta materia. Todas estas labores son realizadas en forma focalizada y mediante mecanismos y entidades especializadas.

2.4 El papel estatal

El Estado cumple así diversas funciones dentro del nuevo sistema pensional. Administra a través del ISS el subsistema centralizado de beneficio definido, y le provee garantías y soporte fiscal de manera que probablemente se extinguirá en el largo plazo de varias décadas. También financiará subsidios para garantías de pensión mínima y para pensiones asistenciales, así como parte de los subsidios para contribuciones. Será el último garante de los depósitos en los fondos de pensiones, de sus rentabilidades mínimas, y de los seguros pensionales en caso de quiebras de los intermediarios. Y sobre todo, será el regulador del nuevo sistema pensional, reglamentándolo y realizando las labores correspondientes de inspección, vigilancia y control.

2.5 Contribuciones

La reforma pensional ha implicado una elevación de las contribuciones, que del 8% de los salarios cubiertos en el sector privado y prácticamente ninguna en el sector público, hasta 1993, han ascendido a 13.5% , más otro 1% en el caso de los remunerados por 4 o más salarios mínimos. Los empleadores asumen el 75% de las contribuciones y los trabajadores dependientes el otro 25%. Los trabajadores independientes no están obligados a afiliarse a este sistema, y cuando lo hagan asumen la totalidad de la contribución que corresponda al ingreso que desean asegurar, siempre que sea mayor o igual a un salario mínimo. Los salarios cubiertos de los trabajadores dependientes tienen un rango obligatorio de 1 a 20 salarios mínimos, pero se puede contribuir voluntariamente sobre este nivel, así como se pueden hacer contribuciones voluntarias al sistema de ahorro individual, que están exentas de impuesto sobre la renta.

La reforma de la Seguridad Social ha implicado un aumento notable de las cargas sobre la nómina salarial de las empresas, que han ascendido de 34% (promedio) de los sueldos hasta 45% (promedio) de los mismos, de los cuales correspondían antes 16.5% (promedio) a pensiones, salud y riesgos profesionales, y ahora esa misma parte llega a 28%. Además de estas prestaciones también se financian así los pagos de cesantías, las asignaciones familiares, la formación técnica y hasta un programa de protección a la infancia.

2.6 Beneficios definidos

Las pensiones garantizadas del sistema de prima media han sido notablemente reajustadas respecto a las que ofrecían los regímenes antiguos, pero solamente para los nuevos afiliados y los que al momento de la reforma tuvieran menos de 35 o 40 años, según fueran mujeres u hombres. Las nuevas tasas de reemplazo, que prevalecerán a partir del 2014, para las pensiones de vejez, relación pensión/salario promedio de los últimos 10 años en términos

reales, se hallarán entre 65% y 85% según el número de semanas de contribución efectiva, sobre un mínimo de 1000. Las edades mínimas de pensionamiento por vejez serán de 57 o 62 años, según sexo. La pensión mínima será de un salario mínimo, y la pensión máxima será de 18 salarios mínimos.

Sin embargo, los afiliados y los que regresen al sistema, que tuvieran 35 o 40 o más años en el momento de la reforma o hubieran contribuido o servido más de 15 años, han mantenido los beneficios del antiguo régimen que les correspondiere, en lo que respecta a tasa de reemplazo, edad de jubilación y número mínimo de contribuciones realizadas. Los del ISS tendrán reemplazos entre 45% y 90%, a partir de solo diez años de cotización y pensionándose a los 55 o 60 años; mientras los del régimen básico del sector público mantendrán un reemplazo del 75% tras 20 años de servicios y a partir de los 55 años. Sin embargo en el sector público había otros regímenes más favorables, que se preservarán por largo tiempo. La única antigua regla perniciosa que se eliminó de inmediato y en todos los casos es la que calculaba la pensión sobre el promedio de salarios de los últimos dos años, lo cual incentivaba subdeclaración de ingresos durante el resto de la carrera laboral.

2.7 Pensiones de vejez en el sistema de ahorro

En este sistema las pensiones dependen de las contribuciones realizadas y del rendimiento financiero sobre las mismas. Si la rentabilidad es del 4% real anual, y como las contribuciones corresponden al 10% del salario cubierto durante un período de 30 años, se acumulará lo suficiente para alcanzar un reemplazo del orden de 60%, pero éste ascenderá significativamente si la rentabilidad aumenta sobre dicho nivel, como es esperable en Colombia donde el retorno financiero real de los últimos 20 años ha sido del orden de 7% anual.

La pensión puede alcanzarse a partir de cuando se haya acumulado el capital necesario para financiar una renta vitalicia de 110% del nivel de salario mínimo, y los excedentes por sobre dicho capital pueden ser destinados a propósitos diferentes a los pensionales. Pero las garantías estatales de pensión mínima solo pueden ser alcanzadas a partir de los 57 o 62 años y tras 1150 semanas de contribuciones efectivas.

Quienes hayan alcanzado niveles de capitalización superiores a los necesarios para financiar pensiones mínimas pueden asignar los excesos correspondientes a contribuciones obligatorias, y por supuesto los voluntarios, para planes alternativos de ahorro o de pensiones que hayan sido aprobados por la autoridad reguladora, lo que puede conllevar renuncia a las garantías estatales para pensiones mínimas o a las garantías de rentabilidad mínima. Esto permitirá la competencia por productos pensionales o de ahorro, y no solo por rentabilidades o servicios, algo diferente a lo que ocurre bajo el modelo chileno. Dentro de estas posibilidades se encuentran las pensiones definidas por beneficios y el ahorro colocado en múltiples fondos especializados. Una misma administradora podrá entonces manejar más de un fondo mutuo, y una persona podrá tener inversiones en más de un fondo. Así se podrá ampliar la frontera de posibilidades riesgo-retorno en beneficio de los usuarios.

2.8 Pensiones de invalidez

En ambos subsistemas las pensiones de invalidez tienen una tasa de reemplazo que depende del grado de incapacidad laboral y es proporcional al tiempo de contribuciones, hasta alcanzar un máximo de 75% de los salarios de los últimos 10 años. También hay garantías estatales de pensión mínima en el caso del sistema de ahorro individual y las del ISS también deberán exceder dicho nivel. La invalidez es calificada por juntas regionales de calificación de invalidez, y en última instancia a una nacional. Estas juntas son tribunales independientes y especializados.

2.9 Indización y tributación

Todas las pensiones se actualizan al comienzo de cada año para tomar en cuenta la variación del índice de precios al consumidor en el año anterior. Las pensiones no pueden ser inferiores al salario mínimo vigente, y han de ser actualizadas según el índice más favorable entre el de costo de vida y el del incremento de los salarios mínimos. Nótese que ello crea un incentivo para que el gobierno presione por menor salario mínimo y para que los trabajadores busquen lo contrario en las negociaciones anuales sobre este asunto.

Las contribuciones obligatorias y voluntarias son deducibles de la base del impuesto sobre la renta, y las pensiones inferiores a 25 salarios mínimos (US\$ 3250/mes) tampoco pagan dicho impuesto. Los retiros para otros usos, permisibles al momento de la pensión de vejez en el sistema de capitalización, sí serán gravables. No hay impuestos sobre transacciones financieras relacionadas con pensiones.

2.10 Comparaciones y evaluación

La reforma de 1993 sí produjo una reducción sensible de los beneficios netos del sistema de pensiones garantizadas, pero debida principalmente al aumento de contribuciones.⁶ Con todo, dicho sistema tiene un desequilibrio financiero implícito potencialmente de gran magnitud, el cual puede apreciarse de la siguiente manera: si se calcula la tasa interna de retorno de las contribuciones, dados los beneficios alcanzados, alcanza a niveles superiores al 6% real anual cualquiera que sea el grupo de referencia. Pero dichas tasas son más altas para las mujeres, los empleados públicos, los de mayores edades, y los que recibirán las pensiones mínimas, en manera tal que si se promediara sobre la composición inicial de afiliados del seguro alcanzaría un nivel de 12%, y será aún mayor a medida que emigre la población joven hacia los fondos de pensiones (Ayala y Helmsdorff, 1996).

Como la tasa de crecimiento real de la base de contribuciones de este sistema (salarios por afiliados) es menor que dicho 12%, es completamente seguro que será deficitario y aún más: que todo nuevo afiliado al mismo también contribuye a dicho déficit, el cual deberá ser cubierto fiscalmente. Así es que el llamado sistema de prima media tiene sentido, pero como un esquema de transición hacia un sistema que llegue a ser basado en la capitalización individual, no como una alternativa competitiva al mismo. Tampoco se justifica como medio

⁶ La deuda pública pensonal por afiliado se ha reducido en un 40% respecto a la generada por el régimen anterior.

de redistribución de ingresos, ya que los mayores beneficiados de los subsidios implícitos son los empleados públicos y los afiliados de mayores edades que en el pasado no contribuyeron suficientemente al sistema. Si bien ello implica algunos subsidios para los más pobres y redistribuye algo en favor de las mujeres, no es el medio más idóneo para redistribuir ingreso a dichos grupos ya que ello bien puede hacerse mediante otros métodos más directos, tales como ventajas tributarias o como los subsidios focalizados para contribuciones al sistema de ahorro individual.

Por otra parte, si se comparan las pensiones de vejez alcanzables en los subsistemas de beneficio definido y de capitalización individual, resulta que a una tasa esperada de retorno de las inversiones de este último que sea conservadora, como el 4% real anual, el de ahorro resulta ser el régimen más atractivo cuando los afiliados masculinos sean menores de 30 años, contribuyan al menos otros treinta años, y tengan una experiencia laboral de cerca a cinco años. Dicha edad límite es unos cinco años inferior para las mujeres. (Lora y Helmsdorff, 1995). Si la rentabilidad de los fondos fuera aún mayor, la balanza se inclinaría en favor de este sistema de ahorro para grupos de mayores edades. Y puede ser también más atractivo para quienes tengan preferencias mayores por posibilidades de pensionamiento temprano, disponibilidad de excedentes para usos no pensionales, y modalidades alternativas de pensión más adecuadas a las necesidades individuales. También ejercería atractivo especial la propiedad individual de los recursos pensionales, particularmente en un contexto de incertidumbre sobre el porvenir del sistema público o sobre el que se mantenga la actual tasa de contribución, como bien puede ocurrir aún en los casos de los afiliados de menores ingresos, especialmente los jóvenes.

Debe notarse además que la población de afiliados al ISS, particularmente la de los del sector privado, es bastante joven; y así cerca de la mitad de los afiliados ya se encuentra en las condiciones favorables a la selección del sistema de ahorro individual, aun bajo un escenario conservador de expectativas sobre la rentabilidad de los fondos de pensiones.

Todo esto implica que los sistemas no son frontalmente competitivos en un mismo mercado, sino que lo que es esperable es que se produzca una *segmentación*, que sería principalmente *generacional*, en la cual los afiliados jóvenes prefieren el nuevo régimen de ahorro individual, y los de mayor edad, particularmente los empleados públicos y los más pobres que contribuyen toda la vida sobre un salario cercano al mínimo preferirán el sistema de beneficio definido. Como se verá luego, ello ya está ocurriendo así, e implica que a la larga el sistema tenderá a concentrarse en el subsistema de ahorro individual, así como que se acentuará y acelerará el desequilibrio financiero del sistema de beneficio definido, hasta hacerse insostenible como opción abierta a nuevos afiliados.

Este argumento también enseña que la apreciación y evaluación de los sistemas pensionales no solo debe hacerse desde la perspectiva de su definición legal formal, sino desde el punto de vista de los incentivos generados y de las características de las poblaciones, y que es condicional al funcionamiento agregado de la economía.

3. EXPERIENCIA

3.1 Sistema de ahorro individual

Los nuevos fondos de pensiones, hasta Diciembre de 1998, alcanzaron una afiliación de 2'908,633 trabajadores y acumularon un fondo de Col \$ 3,253,167 Millones (aproximadamente US\$ 2, 169 millones de dólares a la tasa de cambio de entonces) en el fondo obligatorio, y otros \$164,297 millones (US\$109.5) millones en el voluntario complementario.⁷ Un 3.3 % de los afiliados es voluntario e independiente. El origen de los afiliados se compone de un 48% que ha sido atraído del ISS (25% de sus afiliados iniciales), 5% de cajas públicas, 8% de otras administradoras de fondos, y un 39% de nuevos miembros de la fuerza de trabajo. Ha sido así importante la contribución a la expansión de cobertura, y también se ha presentado un buen ritmo de traslado desde el sistema de prima media. Como era esperable, la mayoría de los afiliados al sistema de ahorro es joven: un 49.4% tiene menos de 30 años, y otro 29% entre 30 y 39 años. También se aprecia que el 74.6% contribuye sobre ingresos de hasta 2 salarios mínimos y el 12% gana más de 4 salarios mínimos. Dado que no ha habido incentivos directos mayores para selección de esta opción, y que no se han puesto fechas límites para ejercicio de la misma, puede decirse que se está cumpliendo bien el objetivo básico de la reforma de configurar una opción de ahorro individual, que pueda llegar a ser el eje del sistema pensional futuro.

Del total de afiliados a los fondos de pensiones obligatorias, un 52% corresponde a afiliados activos, que han cotizado en por lo menos los últimos 6 meses.

A finales de Junio de 1999 el sistema de ahorro individual contaba 3011 pensiones: 2425 de sobrevivientes, 489 de invalidez y 97 pensiones de vejez. 60% de las pensiones .53% de las pensiones se pagan como rentas vitalicias y 47% como retiros programados⁸.

Este subsistema es administrado a través de 8 sociedades especializadas. La mayor de ellas concentra el 32% de los afiliados y el 26 % del valor total del fondo. Las cuatro siguientes tienen tamaños equilibrados que acumulan otro 42 % de los afiliados y 50% de los activos financieros. A pesar de la concentración indicada por estas cifras, ha habido nuevas entradas al negocio vinculadas a innovaciones, y se ha presentado movilidad en la repartición del mercado entre administradoras.

3.2 Sistema de prima media

La experiencia de desarrollo del conjunto del subsistema de prima media desde el momento ha sido más accidentada. La formulación legal de la misión del ISS-pensional no es compatible con el esquema de incentivos reales creados, y ha creado en dicha institución la tentación de ser competitiva en pensiones con los fondos basados en ahorro individual, pero apoyada en la garantía fiscal última del estado, lo cual desequilibra la competencia con los fondos e

⁷ Hay otros esquemas de pensiones voluntarias diferentes a los de las AFPs (aunque administrados por algunos de los socios de éstas) que tienen un fondo de otros US\$400 millones

⁸ La proporción viene cambiando rápidamente a favor de las rentas vitalicias, ya que nichos de los retiros programados se han debido a demoras en reconocimiento de bonos, que son necesarios para las rentas.

incentiva comportamiento especulativo . La generación de superávits temporales que permitan financiar otro gasto público también ha inducido al Gobierno a favorecer la expansión promocional de esta alternativa, pese a que en el más largo plazo ello aumente los costos fiscales. Por su parte, el ISS fue inicialmente lento en adaptarse al nuevo esquema, lo cual se manifestó durante los primeros años en confusión de cuentas de los diversos seguros, excedentes de liquidez a expensas de la constitución firme de las reservas, retraso en la individualización de las cuentas, lo cual ya parece en vías de mejora. Pero ha persistido la falta de orientación y de preparación para asumir la tarea de sustituir a las cajas de previsión del sector público, labor en la cual tampoco se han interesado estas entidades, ni ha habido presión suficiente de parte del gobierno.

El ISS dice tener (a Diciembre de Mayo de 98) 4'633,491 afiliados, frente a cerca de 3.5 millones que había al inicio del nuevo sistema, pese al traslado significativo hacia los fondos de pensiones, y en parte también porque ha habido muchos traslados desde las cajas del sector público. Pero ésta no es una cifra medida, sino calculada indirectamente e inconsistente con otras estadísticas y con la contabilidad. Un estudio actuarial más cuidadoso (de la OIT) estimó 2,521, 822 afiliados que cotizan activamente a finales de 1997, y para proyecciones parte de una base de 2'124,888 para el año 1999, habida cuenta de efectos de la recesión y otros eventos ocurridos en los dos últimos años⁹. La edad media de los afiliados al ISS es de 38 años.

Las cajas de previsión aún subsistentes tiene todavía unos 450 mil afiliados, y el sector público no reformado cuenta con otros 460 mil afiliados. Permanecen 8 cajas previsionales del orden nacional con 240 mil afiliados, una de las cuales (CAJANAL) tiene aún 160 mil afiliados; y otras 250 del orden territorial con cerca de 210 mil afiliados. El proceso de evaluación de la solvencia de las cajas públicas de previsión se ha demorado, y por supuesto también el de liquidación de las que sean insolventes. Esto es peligroso porque ahora perciben contribuciones pensionales que antes no tenían, lo cual puede generar pérdidas o desviaciones de recursos hacia propósitos diferentes, dada la certidumbre de que no sobrevivirán en esta actividad.

El subsistema de prima media tiene 480 mil pensiones, 375 mil en el ISS y el resto en las cajas previsionales subsistentes. El ISS tiene reservas por \$4. 445 billones (US \$ 2.3 miles de millones), CAJANAL por 0.5 billones, y el resto de las cajas públicas muy pocas reservas porque no habían acumulado antes de la reforma del año 93.

3.3 Bonos pensionales

El frente de reconocimiento de los bonos pensionales ha avanzado en lo que se refiere a los necesarios para traslados al sistema de ahorro individual y que estén a cargo de la nación. La oficina encargada de esta tarea está prácticamente al día en liquidaciones, y en lo que resta de este año se podrán expedir los bonos correspondientes una vez validada legalmente la información y liquidación. Pero no ocurre lo mismo con los bonos correspondientes a las cajas públicas de previsión y los fiscos territoriales, como tampoco en lo atinente a los bonos para traslados de empleados públicos hacia el ISS. Esto crea riesgos de falta de financiación que

⁹ De creerse en la cifra de afiliados, la proporción de afiliados activos del ISS ascendería al orden de 48%.

repetirían contra el fisco nacional, y riesgo de falta de respaldo firme para los bonos que emitan las cajas públicas de previsión.

3.4 Problemas de la implementación de la reforma pensional de 1993

La experiencia de la puesta en marcha de la reforma revela serias fallas de implementación:

- El gobierno, particularmente entre 1994 y 1998, favoreció políticas promocionales de afiliación al ISS, que podrían generar superávits temporales pero producirían mayores déficits futuros
- Los superávits del ISS no han sido sin embargo hasta ahora producto de esas políticas promocionales, sino del alza de contribuciones, y han sido captados por el gobierno sin atender al mandato legal de circularlos por el mercado de capitales, para financiar excesos de gasto público, de nuevo especialmente durante la administración pasada, hasta mediados de 1998.
- Los subsidios para contribuciones de los pobres no se han enfocado a su pensionamiento, sino a ampliar cobertura en forma populista e ineficaz,
- Se ha propiciado la creación por ley (1995) de una nueva caja de previsión atendiendo para el sector Telecomunicaciones, y ante pérdidas dolosas se le ha refinanciado (1998)
- No se ha dado curso al cómputo y reconocimiento de los pasivos pensionales del sector público, ni se han emitido los bonos para traslados desde las cajas públicas al ISS y a los fondos de pensiones.
- La mayoría de las entidades territoriales no han hecho las provisiones necesarias para atender las obligaciones pensionales, y algunas hasta han comenzado recientemente a incumplir pagos corrientes.
- Se ha permitido la subsistencia de funciones pensionales en cajas de previsión, pese a no tener con qué pagar obligaciones corrientes ni mucho menos crear reservas para las futuras, disfrutando de contribuciones para pensiones que antes no tenían y posiblemente desviándolas, puesto que se sabe que los fiscos absorberán sus obligaciones.
- Se han disparado hacia arriba los valores de las pensiones reconocidas en el sector público
- Se ha tolerado la supervivencia de cajas pagadoras del sector público, que todavía reciben contribuciones, pese a no haberse constituido como cajas de previsión, y por lo tanto no están sujetas al régimen de solvencia para supervivencia ni a supervisión alguna, y que reciben transferencias del presupuesto nacional.
- Se ha expuesto la supervisión pública, especialmente la del sistema de prima media, a pérdida de autoridad y a responder por contingencias debidas a políticas fuera de su control.
- Se carece de transparencia y adecuado reporte al público sobre las cuentas del sistema de prima media.
- No hay supervisión completa de las cajas de previsión que aún continúan operando, en parte por falta de recursos, pero también porque ello sería fútil ante el cierre de sus funciones pensionales, que sin embargo se viene dilatando.
- Ha habido inestabilidad reglamentaria en lo atinente al sistema de ahorro individual, por ejemplo, en lo que concierne al papel de los seguros en las garantías de pensiones mínimas de invalidez y muerte, y en materia de rentabilidad mínima.
- También puede decirse que por el lado del sistema de ahorro, se ha desarrollado muy poco el de tipo voluntario y la competencia por productos, que estaban entre los objetivos de las

innovaciones introducidas por la reforma colombiana, también posiblemente por defectos regulatorios y la competencia desigual del sistema público.

Podrá advertirse que la mayoría de carencias de la implementación incumplen se han concentrado en el sistema de prima media, particularmente en lo atinente al sistema pensional del sector público, incumpliendo la propia ley 100, o han obedecido a leyes posteriores en contra vía de la misma, a menudo auspiciadas gubernamentalmente. Las más graves consecuencias de los defectos de la reforma de la ley 100, como el desequilibrio financiero del sistema de prima media, o efectos nocivos de traslados entre subsistemas, aún no se han hecho evidentes, pero la causación ha aumentado. Estas carencias repercutirán primero sobre el ISS, y debilitarán este indispensable instrumento de transición.

4. FINANCIACIÓN Y PERSPECTIVA MACROECONÓMICA Y DISTRIBUTIVA

A raíz de los cambios estructurales de la economía colombiana, y de la profunda coyuntura recesiva que ha experimentado desde finales del año pasado, se ha identificado que las perspectivas fiscales exigen niveles de ajuste mayores que aquellos que sirvieron de trasfondo a la discusión de la reforma pensional y de la seguridad social en 1993. Como ya se ha mencionado antes, la reforma actual resultó de un compromiso político fiscalmente oneroso, y no todas las obligaciones del fisco fueron reformadas. Estas han sido las motivaciones principales que fundamentan nuevas propuestas y urgencias de reforma del sistema de pensiones de Colombia, que serán discutidas en la sección siguiente, antes de la cual vale la pena exponer la relevancia de dichos asuntos, e ilustrar el orden de magnitud de los ajustes necesarios.

4.1 Efectos macroeconómicos y distributivos de la financiación de los déficits fiscales pensionales

La sustitución de un régimen pensional de reparto por un sistema de capitalización individual se justifica en términos políticos y económicos, y tiene requisitos sin los cuales puede fracasar o tener un éxito muy limitado.

Potencialmente, reformas de este tipo mejoran la credibilidad de los sistemas pensionales y de las políticas fiscal y macroeconómica, eliminan el espacio para las injerencias políticas, y hacen partícipes a los trabajadores del rendimiento del capital. En el campo económico, pueden reducir las distorsiones en los mercados de trabajo y de capitales que resultan de la financiación con impuestos de nómina o generales, y ello aumentaría el empleo formal, la capitalización, la productividad, el ingreso, y el ahorro, generando un círculo virtuoso alrededor de la provisión eficiente de pensiones. Al separar el pilar que efectúa las tareas redistributivas del que realiza las funciones de ahorro y seguros es que se mejoran los incentivos y transparencia de ambos, y la diversificación entre ellos mejora la capacidad de asegurar. La reforma también debe en principio mejorar la gobernabilidad del sistema pensional al concentrar el papel estatal en la regulación y las garantías, y al eliminar la vulnerabilidad política, falta de transparencia y de responsabilidad ante los usuarios que resultan de la centralización en los seguros sociales tradicionales.

Sin embargo no basta llegar a un buen término, sino que también importa la transición, que en materia pensional toma un buen número de décadas. Hay que dar solución adecuada al problema, también político y económico, de financiar los déficits fiscales destapados a raíz del traslado de los afiliados activos (la "generación de transición") en el momento de la reforma, de lo cual dependen los efectos macroeconómicos y distributivos del cambio de régimen. Dichos déficits ya habían sido causados, y lo que se hace es destaparlos e incorporarlos a la deuda pública ordinaria, no habiendo por lo tanto costo adicional generado por la reforma. Antes bien, el cambio de régimen suele servir de ocasión para reducir los beneficios garantizados.

El problema reside en la repartición entre generaciones del costo fiscal: si solo recae en la generación de transición, o si como antes, también la pagan las generaciones futuras. Entre ambos extremos estaría una política óptima de financiación, que repartiría las cargas según la ponderación social de bienestar de las diversas generaciones. La mejor financiación debería recurrir entonces a una combinación intertemporal de ajuste fiscal y endeudamiento, que también procura viabilidad política.

Si se hace un ajuste fiscal asumido enteramente por la generación de transición, ésta tendría la doble carga de pagar las pensiones de sus antecesores y las propias, y no votaría la reforma. Por el contrario, al liberarse a las generaciones futuras del pago de las pensiones de los de la generación de transición, aumentará su ahorro, y ello generará un efecto directo positivo sobre su ingreso y el bienestar, pero ellas no tienen representación política o participan menos. Dicho ajuste fiscal inicial también puede sacrificar otro gasto favorable a los pobres o inversión pública para formar infraestructura física y capital humano, con efectos negativos para el crecimiento. Aunque se mejore el crecimiento de largo plazo por el aumento de una vez del ahorro engendrado por el ajuste fiscal inicial para pagar la reforma, habría entonces conflictos inter e intrageneracionales.

Sin embargo, si la reforma pensional es suficientemente profunda, temprana, expande la cobertura, y está acompañada de un entorno favorable de políticas laborales, tributarias y financieras, y de un ajuste fiscal suficiente para que el mayor ahorro público impulse la inversión privada en general, el crecimiento endógeno ya mencionado, y generado por el aumento sostenido de productividad de factores, puede procurar a la propia generación de transición un aumento de ingreso que la compense por el esfuerzo de pago de los costos fiscales de la transición, procurándose así una salida al impasse distributivo antes señalado, que se presenta si solo hay un aumento inicial de ahorro y crecimiento. El logro rápido del crecimiento endógeno reduciría los conflictos distributivos entre generaciones, y los iniciales conflictos distributivos intrageneracionales. Probablemente acentúa los requerimientos iniciales de ajuste fiscal, pero dentro de una política óptima de financiación que también recurre al endeudamiento, y con ello al traslado de parte de la carga a las generaciones futuras.

Los costos fiscales, además del pago de las pensiones ya causadas para lo cual no se cuente con las contribuciones de los activos (que se ahorran), también involucran el reconocimiento de una deuda causada por cuenta de los trabajadores activos y que se trasladan a los fondos de pensiones, bajo la forma de bonos que se suman al capital ahorrado para financiar las pensiones del régimen de capitalización individual (como en Chile y en Colombia), o de pensiones compensatorias adicionales pagadas a través del sistema complementario de reparto

(como en Argentina). Estos instrumentos son a la vez incentivos para el traslado entre sistemas, medios para capitalizar el fondo para financiar las pensiones y para efectuar compensaciones, y por lo tanto su diseño hace también parte necesaria del de la transición óptima.

Este argumento sirve para señalar entonces que una reforma hacia la capitalización, que sea parcial, fiscalmente costosa, tardía y lenta, sin acompañamiento de políticas y reformas complementarias que la potencian, y que no esté acompañada de una política de financiación con un alto componente de ajuste fiscal inicial, y que no atienda cuidadosamente al diseño de los bonos o pensiones compensatorias, seguramente desaprovechará un gran potencial de contribución al crecimiento y al bienestar y genera conflictos distributivos intergeneracionales e intrageneracionales. Es posible que sus efectos no sean tan malos como los de que no hubiera reforma, y que sea una opción posible y aceptable ante el que racionalizar y mejorar la administración del régimen de reparto sea prácticamente imposible en medio del subdesarrollo. Pero a una reforma hacia la capitalización en tan pobres condiciones se llega sólo por favorecer intereses muy minoritarios y concentrados, ya que una buena reforma sí puede compatibilizar la provisión de pensiones con el desarrollo, y puede mejorar la distribución de ingreso entre y dentro de las generaciones.

Aparte de grupos de interés muy concentrados que pueden en ciertos casos tener poder para oponerse, desviar o capturar reformas de este tipo, los otros obstáculos principales son las insuficiencias en el desarrollo de la democracia política, los defectos de diseño institucional, y la prevalencia de expectativas heredadas de los antiguos sistemas. Las reformas políticas e institucionales son también condiciones necesarias de las reformas pensionales de este tipo. También es preciso que la opinión reconozca que el sistema pensional contributivo solo es parte de la solución a problemas de la tercera edad y la pobreza, y que no puede garantizar los niveles de reemplazo, edades de jubilación y demás beneficios que antes se prometían, y sin excepción se están incumpliendo.

4.2 Los costos fiscales del sistema de pensiones y de la reforma pensional colombiana

4.2.1 La carga fiscal de origen pensional

En el caso de la reforma pensional colombiana se han presentado los siguientes costos:

1. Los déficits causados por el cambio de régimen del reparto a la capitalización, que son déficits operacionales y déficits por cuenta de los bonos pensionales. La deuda correspondiente simplemente hace explícita y a cargo del (los) fisco(s).
2. La permanencia indefinida del sistema de prima media, también genera un remanente de déficits a cargo del fisco, ya que las contribuciones no financian completamente los beneficios. La causación de esta deuda continúa tapada, o implícita.
3. Con ocasión de la reforma se han creado nuevos rubros de gasto público:
 - reajustes a las pensiones en curso de pago, causadas antes de la reforma pensional
 - subsidios fiscales para contribuciones de los pobres, que emparejan subsidios cruzados dentro del sistema: los originados en el 1% de los salarios de los que aseguran más de 4 salarios mínimos.

- pensiones asistenciales para los pobres de 65 o más años que no han accedido al sistema contributivo.
- Las garantías de complementos para financiar pensiones mínimas en el sistema de ahorro individual.
- También pueden acabar siendo asumidos por el fisco nacional los déficits generados por corridas desde los fondos de pensiones hacia el sistema de prima media, en busca de garantías como las de este último, y cuando el sistema de ahorro no las alcanza a proporcionar.

Estos costos fiscales se reparten entre: el gobierno central, en lo que corresponde al ISS y las garantías de pensión mínima del sistema de ahorro individual; los gobiernos departamentales y municipales y las empresas públicas que tenían a su cargo las pensiones de sus trabajadores; y las pensiones asistenciales que son cofinanciadas por los fiscos nacional y territoriales. En la discusión siguiente se considera generalmente el fisco como único, sin ahondar en los problemas que podrían resultar del incumplimiento de los fiscos locales y que tenga que respaldar el gobierno nacional.

Por otra parte, no todo el gasto público pensional está incluido en lo que acá se ha denominado costo de la reforma, ya que ésta no afectó:

- los déficits de los sectores excluidos de la reforma: magisterio público escolar, trabajadores de Ecopetrol, y el personal militar de las Fuerzas Armadas, ni
- Los sobrebeneficios pensionales generados por convenciones y pactos colectivos en el sector público que lleguen a repetir contra los fiscos nacional o territoriales.

Los costos fiscales principales son los que resultan del cambio de sistema de reparto por el de capitalización, y en ellos se centrará a continuación la atención, aunque también se presentan algunas estimaciones de los demás costos de la reforma y de las pensiones obligatorias no afectadas por ésta.

4.2.2 Costos explicitados por la reforma pensional

Suponiendo que la reforma conduce a una eventual concentración de afiliados en el sistema de ahorro pensional, los déficits fiscales explicitados por la reforma pensional colombiana tienen un valor presente del 83.6% del POB del año inicial (1994), pero por permanencia de un residuo en el sistema de prima media queda un faltante a cargo de la nación que tendría un valor presente de otro 4.5% de ese PIB, para un total de 88.1% del PIB inicial. 70% del déficit explicitado corresponde al efecto del cambio de sistema, y el otro 30% lo añade el desequilibrio entre prestaciones y cotizaciones del régimen de prima media. Y por otra parte, 83% se pagaría para remediar los déficits de caja y 17% como bonos pensionales. Un 55% de la deuda explicitada se origina en el sector público, pese a que arranca solo con un 20% de los afiliados y luego va perdiendo participación. Los déficits corrientes se inician cerca al 1% del PIB, crecen hasta un máximo de 2.6 % del PIB hacia el 2013, y luego declinan. Estas medidas ilustran las principales características del costo de la reforma colombiana:

- Es relativamente costosa, como se infiere de compararla con la chilena, con un valor presente del 125% del PIB, pero para una cobertura casi del doble y una población más madura,

- La falta de ajuste suficiente de beneficios garantizados en el sistema de prima media y la permanencia indefinida del mismo elevan el costo fiscal en un tercio sobre lo necesario,
- La baja participación de los bonos revela que no se emplean suficientemente como incentivo para los traslados a los fondos,
- Lo más notable es la desproporción de lo causado en el sistema pensional del sector público respecto al privado,
- Análisis de sensibilidad de los costos indican que es alta respecto a factores inciertos de la reforma como la rapidez de los traslados y la expansión de la cobertura, y posiblemente también podría ser muy costosa la libertad de traslados entre subsistemas, todo lo cual revela que puede haber alta volatilidad e incertidumbre, debida particularmente al arbitraje regulatorio de la competencia entre subsistemas.

4.2.3 Los demás costos fiscales pensionales

Nuevos rubros. El paquete de reforma incluyó algunos nuevos rubros nuevos de gasto público, cuyo nivel promedio a cargo de la nación y durante los primeros cuatro años es del orden de magnitud ilustrado a continuación:¹⁰

- Aportes para pensiones asistenciales: 0.05% del PIB por año, que deberán ser cotejados por aportes de orden similar por parte de los presupuestos locales,
- Aportes para subsidios a las cotizaciones: 0.03% del PIB por año, como contraparte a subsidios cruzados dentro del sistema contributivo,
- Garantías para pensiones mínimas del sistema de ahorro individual: 0.02% del PIB por año
- Ajustes (mesada adicional) para pensiones en curso de pago en el sector público nacional, reconocidas antes de 1988: 0.15% del PIB por año.

Al 0.25% del PIB que suman los rubros anteriores por cuenta de la reforma pensional, debe añadirse otro 0.35% del PIB promedio durante el cuatrienio inicial por cuenta de la reforma del sistema de seguridad social en salud. El gasto público total se incrementó en cerca al 0.5% del PIB anual con ocasión de la reforma por cuenta de los nuevos rubros. Una característica muy importante de este nuevo gasto es que se concentra principalmente en los pobres, dentro y fuera del sistema contributivo.

A más largo plazo sería previsible que aumentarían significativamente los gastos por cuenta de pensiones asistenciales y de garantías de pensiones mínimas para el sistema de ahorro individual, y que vayan disminuyendo los gastos por ajustes para pensiones en curso de pago, por lo que el nivel total aumentaría principalmente de acuerdo con la expansión de las pensiones asistenciales. Los costos de las garantías de pensiones mínimas dependen del rendimiento de la inversión del ahorro pensional, y por ello podrían ser mínimos si la rentabilidad al afiliado excede el 5% real anual.

Sectores no reformados. El gobierno nacional asumirá los pasivos netos pensionales del magisterio público y del personal militar de la policía y las fuerzas armadas, que no se integraron al régimen de la ley. Como una metodología de estimación que difiere de la de los cálculos de costos fiscales presentados anteriormente, los valores no son directamente

¹⁰ Fuente: Comisión de Racionalización del Gasto y de las Finanzas Públicas, op. Cit, página 22.

comparables ni añadibles a los anteriores. Para referencia, una estimación del pasivo neto del ISS (como población cerrada) a la misma fecha, y hecha con la misma metodología empleada para los sectores excluidos, representa un 61.6% del PIB, el del personal militar llega al 23.6%, y el de los maestros 40%, y el de las entidades territoriales otro 42%.

Otros pasivos. El sector público tiene también otros considerables pasivos pensionales, de los cuales parte puede a su vez convertirse en costos a cargo de los fiscos nacional o territoriales. Se trata de pasivos causados en empresas públicas:

- Por cuenta de beneficios extralegales pactados en convenciones laborales
- Por cuenta de pensiones obligatorias causadas o en curso de pago antes de la reforma y a cargo completamente de la empresa, porque ésta no estaba cubierta por el ISS u otra caja de previsión

No hay estimaciones comprensivas de estos pasivos ni del riesgo de se conviertan en cargas para el fisco, pero pueden alcanzar magnitudes considerables.

Riesgos adicionales. Sin disciplina ni vigilancia para el cierre de las funciones pensionales de las cajas y la liquidación de obligaciones, el monto de los pasivos y de los costos fiscales se ha incrementado muy significativamente con posterioridad a la reforma pensional respecto a los promedios históricos con los cuales se hicieron las estimaciones ya presentadas. Se sabe que las pensiones promedias pagadas antes de la reforma en las cajas nacionales eran del orden de 1.9 salarios mínimos, y ya van en cerca de 3.1 salarios mínimos. En el orden territorial los promedios pensionales han subido de 0.7 a 1.8 salarios mínimos.

El mayor riesgo es por supuesto el de que si los rendimientos de los fondos de pensiones no son lo suficientemente altos, puedan presentarse corridas masivas desde el sistema de ahorro individual al de prima media, ya que ésta garantiza tasas de reemplazo entre 65% y 85%, o aún mayores durante los 20 primeros años.

Las cajas de previsión del sector público están recibiendo por primera vez cotizaciones asignadas específicamente para pensiones. Pero no tienen incentivo para administrar bien esos recursos porque están condenadas a liquidar esas funciones temprano o tarde. Esto genera un enorme riesgo de desviación de las cotizaciones, pese al requerimiento legal de separar los patrimonios y administración de los seguros, ya que algunas continuarán como empresas promotoras de salud. O simplemente, no buscarán el mejor rendimiento de las reservas, mientras dispongan de ellas. En principio, deben liquidar sus funciones pensionales cuando no tengan con qué pagar pensiones corrientes y generar provisiones para cumplir con las cuotas partes y los bonos para los que emigran al ISS o las fondos de pensiones. El cumplimiento de este requisito de solvencia no ha sido reglamentado ni supervisado en forma alguna, y ello está prolongando la supervivencia de estas cajas en el frente pensional, en manera peligrosa para los fiscos, y también se están generando bonos desfinanciados, con lo cual se contamina también el sistema de ahorro individual y se perjudica al ISS. Por lo tanto hay riesgos notables de mala inversión y de quiebras en el subsistema de prima media mientras sea administrado parcialmente por las cajas de previsión del sector público, por falta de incentivos, criterios y vigilancia.

A los riesgos de aumento de los costos fiscales señalados hasta ahora, debe añadirse el que muy posiblemente dichos subsidios serán regresivos, por su alta concentración en el sistema pensional del sector público.

4.3 Impacto de la reforma sobre el ahorro y la distribución del ingreso

Si la reforma colombiana se financiara exclusivamente con ajuste fiscal, se podría aumentar el ahorro doméstico hasta en 2% del PIB desde el año 2014. Pero si la reforma se financia con deuda, el efecto directo sobre el ahorro puede llegar a bajarlo hasta en 1% del PIB durante la transición. Debido al alto costo de la transición y a dejar abierto el sistema de prima media, que está estructuralmente desequilibrado, no hay entonces espacio para financiación por endeudamiento sin afectar el ahorro doméstico, y el ajuste fiscal necesario puede afectar otro *gasto público prioritario, como el necesario para superar la pobreza e invertir en capital humano*. Colombia se encuentra entonces ante el dilema de reducir el costo fiscal de la reforma del 93 o reducir otro gasto público (o aumentar impuestos). Lo primero facilitaría una mejor política de financiación, que recurra también al endeudamiento, y se compatibilizarían los intereses de todas las generaciones. También permitiría más gasto inmediato en los pobres y la formación de capital humano.

El principal problema de deuda pública colombiana será entonces el de la deuda pensional, cuyo valor presente supera 100% de PIB frente al 35% del resto. La financiación de la deuda interna también está corriendo por cuenta de los superávits temporales del ISS en cerca a un 45%.

El asumir como deuda pública los déficits pensionales llevaría a requerimientos adicionales permanentes del 3% del PIB, choque que no podrían resistir las finanzas públicas. Sin superávit ni déficit primario, el saldo de deuda total, por cuenta de la pensional, explotaría hasta llegar a 40% del PIB en el 2020 y 80% en el 2025. Para que se quedara en 20% del PIB, habría que generar un superávit primario del 3% del PIB. Pero el superávit primario ha venido descendiendo desde el 2.9% del PIB en el 93 hasta 0.8% en 1997, mientras el pago de intereses ya está llegando al 2.5% del PIB. Los déficits pensionales harán completamente insostenible la deuda pública colombiana.

4.4 Implicaciones de política

Desde la perspectiva adoptada en esta sección, la reforma del sistema de pensiones colombiano tiene aún por delante:

- Optimizar el costo fiscal de una transición precisa hacia la capitalización individual
- Definir la forma óptima de financiación, combinando ajuste fiscal y endeudamiento
- Suspender la generación de nuevos pasivos pensionales a cargo de los fiscos, que a la larga se deberían encargar solo de subsidios y garantías para los pobres
- Hacer progresivos y focalizados los subsidios públicos
- Eliminar el acceso privilegiado del gobierno a los superávits temporales de las seguridad social, e impedir que se empleen para relajar la disciplina fiscal

- Colocar a los empleados públicos y los pensionados correspondientes en igualdad de condiciones pensionales a las obligatorias para los trabajadores del sector privado
- Lograr que los sectores descentralizados y los gobiernos territoriales asuman y paguen efectivamente sus obligaciones sin repetir contra el gobierno nacional
- Abolir el exceso y la incertidumbre regulatorios, y mejorar la supervisión

5. LAS NUEVAS REFORMAS DEL SISTEMA DE PENSIONES DE COLOMBIA EN EL AÑO 1999

5.1 Por qué? Y dentro de qué orientaciones?

El Gobierno colombiano ha anunciado que presentará en la legislatura actual, antes del fin de este año de 1999, un proyecto de ajustes del sistema de pensiones. En su interior, se han venido discutiendo alternativas, que tienen en común mantener la estructura básica del régimen adoptado en 1993, pero reformando algunos de sus aspectos deficientes. Así mismo, ya se ha presentado al Congreso un proyecto de ley complementario para forzar y apoyar el ahorro de las entidades territoriales con destino al pago de obligaciones pensionales. Y también se han efectuado algunos cambios de regulaciones, con alcance de ley, aprovechando unas facultades extraordinarias de Reforma del Estado que le concedió el Congreso a fines de 1998.

La nueva ronda de reformas se ha originado principalmente en la discusión y reorientación de políticas fiscales, de alcance estructural. Las reformas de comienzos de los años 90 no involucraron un ajuste fiscal, sino al contrario añadieron nuevas cargas, para cumplir con nuevas obligaciones del Estado surgidas de la Constitución del año 1991, sobre todo en materia de servicios sociales y de justicia, y por efecto de una mayor descentralización política, administrativa y también fiscal. Como consecuencia de ello, y de una base tributaria estrecha y altas tasas de tributación que frenan el crecimiento de los ingresos, se ha venido presentando un creciente déficit, y mayores niveles de endeudamiento y servicio de deuda pública. El desequilibrio fiscal ha contribuido a las tendencias hacia la revaluación del peso colombiano, y al desequilibrio en la balanza externa, que se ha vuelto no financiable ante el retiro reciente de los capitales internacionales. El ahorro privado también ha decaído durante la década, y por supuesto también todo el ahorro doméstico, haciéndose aún más vulnerable la economía al desequilibrio externo, y restando capacidad de inversión y expansión.

Ante semejante estado de cosas, es natural que se hayan revisado las fuentes de desajuste fiscal de largo plazo y las posibilidades de aumento del ahorro doméstico, conduciendo a replantear el sistema pensional. Debe mencionarse que además han incidido y llamado la atención las crecientes cargas pensionales del sector público por incumplimiento e insuficiencia de la ley 100, y que hasta se han previsto déficits más tempranos que los esperados en el ISS. Y también ha contribuido el que dentro del aumento de la corrupción y el descalabro financiero en el sector público experimentado en años recientes, hayan sido notables los de las seguridad social administrada públicamente.

Antes de discutir las orientaciones de los ajustes previstos para esta ocasión, vale la pena comentar por qué es que no se avizoran cambios de fondo. Por supuesto, hace poco que se hizo la reforma radical de 1993 y aún prevalece el acuerdo político que la hizo posible. Así, no han tendido cabida iniciativas como las de cerrar el sistema de prima media en el futuro, o para los nuevos, así como la de cambiar la estructura para hacer que el sistema de reparto y el de capitalización sean complementarios.

Mayor consideración merece el caso del futuro del ISS, y con él, del sistema de prima media que se concentraría en dicha entidad, ya que también se debaten iniciativas para fortalecerlo como alternativa viable de largo plazo frente al sistema de capitalización individual. El argumento en su favor consiste en su especialización en ofrecer una opción de beneficio definido, particularmente para los menos pudientes. Pero ello no parece posible aumentando contribuciones, como correspondería a un sistema de reparto; y más bien es seguro que la reducción de las actuales prestaciones para reducir el apoyo fiscal necesario, debilitarán su posición y acelerarán la emigración a los fondos de pensiones. La esperanza reside entonces en aumento de cobertura mediante mejoras administrativas, pero aún con ello, el desequilibrio de largo plazo entre contribuciones y beneficios, si bien produciría superávits temporales, también implicaría mayores déficits de más largo plazo¹¹. No tendría sentido una alternativa como la de aumentar contribuciones para equilibrar las finanzas de este subsistema, ya que las del sistema de ahorro no requieren más del 13.5% puesto que solo pagan los beneficios que ello financie.

Así es que las reformas más seriamente contempladas ahora comprenden ante todo, y entre otras, una reducción de los beneficios del sistema de prima media sin aumentar las contribuciones, con lo cual se acentuará el carácter transitorio de este subsistema, y se trata de reducir los costos e incertidumbre de dicho proceso de transición hacia un sistema con predominio del sistema de capitalización individual, y con apoyo fiscal eventualmente solo para garantizar las pensiones mínimas, proteger ante quiebras de administradoras y aseguradoras, y para las pensiones asistenciales. Ello implica también las reformas administrativas e institucionales para asegurar que el ISS cumpla bien las tareas de transición, especialmente la de absorber las funciones pensionales de las cajas públicas de previsión, así como asegurar que los fiscos territoriales no vayan a trasladarle sus pasivos.

5.2 Principales ajustes esperados ahora para el sistema de pensiones colombiano mediante cambios a la ley 100

Eliminación de la posibilidad permanente de traslados entre sistemas. El mayor defecto regulatorio del sistema actual, y de gran potencial efecto fiscal, es el permiso de traslados

¹¹ Una alternativa adicional, sin embargo aún no planteada por los partidarios de expandir el ISS, consistiría en que los fiscos le reconocieran y pagaran toda la deuda pasada, por cuenta de activos y pasivos, y que actuara como un nuevo sistema de capitalización colectiva y beneficios definidos, en competencia con el sistema de ahorro individual. Ello también demandaría menores beneficios que los previstos ahora, para mantener la cotización en 13.5%. Pero no se ve por qué es que el Estado tendría que entrar en esta actividad, siendo que la puede ofrecer el sector privado; y en su contra pesa toda la mala experiencia pasada de gobernabilidad, injerencia política y pérdida de reservas, bajo un régimen que en el fondo no difería del de esta propuesta. Atender población pobre de esta manera implicaría selección adversa, o subsidios focalizados que de igual manera podrían emplearse para inscribirla en el sistema de ahorro individual.

entre subsistemas solo con limitación menor de frecuencia. Para superarlo, solo se dejaría un período inicial de traslados, hasta llegar a escoger el sistema para el resto de vida.

Disminución del período y alcance de la transición de beneficios del sistema de prima media, y nuevo régimen de largo plazo. En lugar de mantener hasta el año 2014 la multiplicidad de regímenes antiguos de edad de jubilación, tiempo mínimo de cotizaciones y fórmula de beneficios, éstos se unificarían inicialmente en torno al vigente para el ISS (para empleados privados) y al básico del sector público (para funcionarios públicos), y éstos se irían cambiando gradualmente hasta que en una fecha más próxima, como el 2009, se ajustasen a nuevos parámetros de edad de jubilación (como 60 y 65 años, según sexo), tiempo de contribuciones (mínimo de 1300 semanas) y fórmula de beneficios (reemplazo entre 65% y 85%, con tope de 18 salarios mínimos).

Así se reduciría el incentivo para permanecer en los empleos públicos y los regímenes particulares de los mismos, se eliminarían las inequidades que resultan de esas diferencias de regímenes y las arbitrariedades que resultan de los cambios abruptos y la pérdida del derecho a la transición, que existen bajo el sistema actual. Por supuesto, también se intentaría aumentar las edades de jubilación y tiempos mínimos de contribución, para equilibrar en el largo plazo los beneficios de prima media con los esperados del sistema de ahorro individual.

El tiempo de cotización requerido para acceder a la garantía de pensión mínima de vejez en el sistema de ahorro individual se nivelaría con el mínimo para jubilación en el sistema de prima media, 1300 semanas en la fecha límite de la transición, como el 2009.

Regímenes pensionales para el magisterio y para las fuerzas armadas y la policía. Los maestros públicos de primaria y secundaria (unos 300 mil) tienen un sistema pensional y un Fondo Prestacional especial, que además de las pensiones, también se encarga de las cesantías, y de la prestaciones de salud y riesgos profesionales. Lograron exceptuarse de la ley 100 de 1993, y ello implicó que su particular régimen pensional no fue alterado en lo más mínimo.

Los maestros son la única excepción a la regla que prohíbe más de un ingreso público, ya que además de poder devengar simultáneamente salario y pensión, también pueden tener más de una pensión. Ellos tienen largas carreras exclusivas dentro del sector público, en las cuales reciben bajos salarios durante muchos años, pero desde los 50 hasta los 65 pueden ir acumulando pensiones parciales y continuar trabajando, hasta que al final se pensionan, con reliquidaciones que acumulan bases para las pensiones finales, contando además con incrementos salariales basados en ascensos dentro del escalafón docente. Hay así una confusión entre ingresos salariales y pensionales, que restringe hacer ajustes exclusivamente pensionales (como eliminar dobles pensiones) durante el largo período de transición que sería necesario. Así es que una eventual integración al régimen pensional de los demás trabajadores, pasará por una etapa de separación de los sistemas de remuneración salarial y prestacional, reconociendo compensaciones transitorias de uno u otro tipo. Se requiere también establecer unas contribuciones similares a las del régimen general, ya que las existentes son muy bajas y el Fondo depende de transferencias presupuestales; y también será necesario reorganizar el Fondo. Todo esto parecería implicar además que solo se integren ahora al sistema ordinario y general de ley 100 los nuevos maestros, y quizá el contingente de los más jóvenes.

El personal civil de las fuerzas armadas y la policía sí se integraría al régimen general de ley 100, tomando en cuenta las particularidades que este mismo sistema reconoce para quienes realizan actividades de alto riesgo, en los casos pertinentes. Sin embargo, las carreras profesionales del personal militar demandan consideración y régimen especial. Quienes se retiran de la carrera antes de llegar a los niveles más altos de la jerarquía, tienen carreras más cortas que las profesionales normales, y por ello en lugar de pensión, perciben sueldos o asignaciones de retiro”, existiendo además las pensiones de jubilación, invalidez y muerte como para los civiles.

La exclusión del personal militar del régimen de ley 100, en este caso por irrelevante, significó sin embargo que no se revisaron excesos e inconveniencias onerosos del régimen pensional militar. La reforma pensional actual sí pretendería algunos ajustes de beneficios, aumento de cotizaciones y/o de la base salarial para las mismas, y procuraría la racionalización de otros elementos, tal como la administración e inversión de las reservas.

Integración de los trabajadores de Ecopetrol al sistema de ley 100. Los trabajadores de la petrolera estatal lograron excluirse del régimen general en 1993 mediante presión política, ya que nunca habían sido incluidos en el del ISS y disfrutaban de un régimen muy generoso logrado mediante convenciones colectivas. La pérdida del monopolio estatal en esta actividad ha conducido a la empresa a no poder asumir tan onerosas condiciones. En este caso, no se encuentra justificación alguna para que el régimen prestacional básico sea aislado y excepcional frente al de ley 100, sin que ello impida que pueda haber (como en otros casos) beneficios adicionales pactado convencionalmente, y que haya una transición que respete derechos y expectativas de los que están cercanos a pensionarse.

Otros ajustes. También se esperan ajustes puntuales en materias de alguna importancia tales como los requisitos de semanas de cotización para los seguros de invalidez y muerte, precisión de la orientación de los subsidios temporales para apoyar las contribuciones de los menos pudientes (eliminando discriminación contra el sistema de ahorro individual), requisitos de reemplazo para acceder a las pensiones de vejez del sistema de capitalización individual.

También merece señalarse que se espera reducir la contribución al sistema de riesgos profesionales mediante el empleo del ahorro individual o de montos equivalentes del sistema de prima media cuando tenga lugar pensionamiento en aquel sistema, ya que actualmente existe duplicación entre la financiación de los dos sistemas.

5.3 Otros ajustes legales del sistema de pensiones

Fuera del campo de la ley 100 de seguridad social han tenido lugar o están en curso otros importantes ajustes del régimen pensional colombiano.

Fondo nacional de pensiones públicas de entidades territoriales. Actualmente está en trámite legislativo una iniciativa del Gobierno para forzar y apoyar el ahorro de los departamentos y municipios con el propósito de atender las obligaciones pensionales a su cargo, por cuenta de trabajadores del sector público en esos niveles, incluyendo los de las correspondientes empresas para estatales. Se crea un Fondo de orden nacional, con participaciones territoriales, en el cual se ahorran parte de los recursos de las transferencias que la nación hace a dichos

gobiernos como participación normal en los ingresos corrientes de la nación, así como partes de los productos de regalías, juegos de azar, y hasta de un impuestos transitorio sobre las transacciones financieras. Una vez provisionadas completamente las obligaciones, cesan las contribuciones forzosas al Fondo.

Esta ley establece un importante incentivo para el ahorro local necesario para atender las obligaciones pensionales que no asume el gobierno nacional. Este no puede asumir a priori esas obligaciones porque ha venido transfiriendo a los departamentos y municipios hasta bel 50% de sus ingresos corrientes, y les ha venido cediendo poder de tributación. En esos niveles es que se está dando la prestación de los servicios sociales y públicos más importantes y que involucran más personal, como la educación y la salud. Sin este incentivo, las entidades territoriales no han venido provisionando adecuadamente las obligaciones, y en ocasiones han llegado hasta fallar en los pagos corrientes, teniendo que acudir a préstamos del gobierno central, que constituyen salvamento inconveniente de la deuda pública territorial.

Ajustes de la Regulación. Mediante decretos con alcance de leyes se ha podido recientemente hacer otras mejoras significativas al sistema de pensiones. En primer lugar, la dispersión de regímenes pensionales del sector público y la descentralización de las liquidaciones de pensiones en muchas entidades diferentes habían introducido un estado de caos y hasta de corrupción, que se ha procurado remediar ahora estableciendo un sistema de información y un Consejo que adopta políticas uniformes y vela por su cumplimiento.

Segundo: como hasta la reforma del 93 había muchas empresas que tenían a su cargo las pensiones y otras prestaciones de seguridad social de sus trabajadores, quedan muchas obligaciones con pensionados que no ha asumido el fisco y por las cuales continúan respondiendo las empresas. Hasta el momento, podían conmutar el cumplimiento de dichas obligaciones exclusivamente con el ISS, mediante el traslado a éste de los recursos necesarios. Entre las nuevas disposiciones se destaca la que permite y regula la conmutación pensional por parte de aseguradoras, administradoras de fondos de pensiones y patrimonios autónomos pensionales administrados por los anteriores o por fiduciarias.

En tercer término vale la pena mencionar que la calificación de la invalidez y la clasificación de su origen como de riesgo común o profesional, tendrá ahora una primera instancia a cargo de las aseguradoras y el ISS, y las juntas públicas de calificación actuarán desde ahora como instancias de revisión y apelación.

En los tres casos mencionados, se revela la necesidad de establecer mecanismos descentralizados y regulación pública de los mismos, como parte del proceso de especializar el Estado en la regulación, en lugar de la prestación directa de los servicios, en un entorno en el cual ya había de partida un sistema pensional que aunque público, ya era ya era altamente descentralizado pero caótico.

5.4 Algunos asuntos faltantes

Por otra parte, aún dentro de la orientación de consolidar el sistema actual y ajustarlo a la capacidad fiscal y de la economía colombiana, sin considerar profundizaciones o cambios de

fondo, es preciso anotar que aún no se están considerando dentro de las reformas del momento, otros aspectos de importancia.

Tributación. El sistema actual continua operando dentro de un entorno tributario muy defectuoso. Por una parte, los impuestos a la nómina en Colombia alcanzan niveles demasiado altos, del orden de 45% a 48% de los salarios básicos, a lo cual contribuye la seguridad social (pensiones, salud y riesgos profesionales) entre 27 y 28 puntos porcentuales. A lo cual podrían sumarse otros 9 puntos por cuenta de las “cesantías”. Y hay otros 9 puntos por cuenta de servicios y prestaciones con relación menos directa con el empleo y los beneficios individuales para los trabajadores, parte de los cuales opera como impuestos puros. Así se genera alta evasión e informalización de la economía.

Las contribuciones a la seguridad social y para cesantías quizá podrían reducirse hasta en 5 a 6 puntos sin pérdida de beneficios, simplemente trasladando parte de la financiación a tributos generales, o eliminando redundancias en la financiación de las prestaciones. Y por lo menos la mitad de los otros 9 puntos, también podrían descargarse de los impuestos sobre la nómina mediante financiación con tributos generales (como subsidios para la infancia), sustitución por exenciones (para la capacitación), o eliminación de los beneficios (parte de las asignaciones familiares que van para salud, vivienda educación. Atendidos por otros medios).

Por otra parte, se han establecido exenciones tributarias exageradas para las pensiones. No se gravan los ingresos correspondientes a las contribuciones, pero también se eximen las pensiones hasta los 25 salarios mínimos. Sería justo y eficiente que éstas se gravasen como las demás rentas, reconociendo exenciones para los ingresos menores. Las mayores pensiones del sector público han sido las más favorecidas, y éste es el sector donde históricamente se han dado los mayores beneficios exagerados, así como la ausencia de contribuciones para la seguridad social. Además, semejante beneficio tributario ha conducido al gobierno a ingeniar restricciones que han castigado el ahorro voluntario de largo plazo.

Instituciones. La ley 100 ha originado varios equívocos e indefiniciones respecto a la orientación, estructura y organización del ISS en su rama pensional, y en la relación de la misma con el resto de la entidad.

- El régimen de prima media parece competitivo con el de ahorro individual, y para ello hasta se le otorgan algunos privilegios, tales como beneficios excesivos frente a las contribuciones y respaldo del fisco frente al desequilibrio financiero que ello implica, menores exigencias de semanas de contribuciones para acceder a las garantías de pensiones mínimas, etc. Pero en realidad, los incentivos implican la segmentación generacional y la eventual concentración en el sistema de ahorro individual. Algunos de dichos privilegios se han justificado con el pretexto de una aparente especialización de este subsistema en la atención a los menos pudientes. Pero de hecho, la mayor redistribución será en favor de los empleados públicos y los afiliados con las mayores edades.
- El ISS se ha estructurado como empresa comercial del Estado, pero de antemano se sabe que no está financieramente equilibrado en el frente pensional y por ello dependerá del apoyo fiscal. El precio de sus servicios no cubre los costos, asume deudas ya causadas y con provisiones insuficientes. Está sujeto a selección adversa, en parte relacionada con su pretendida labor social en favor de los menos pudientes, pero de hecho más expuesta a

injerencias políticas en favor de los regímenes especiales y de transición del sector público que tendrá que administrar. Casi todas estas funciones son necesarias y convenientes, en función de la transición hacia un esquema que ya no las requiera en muy largo plazo, pero que definitivamente no son compatibles con la estructura societaria que se le ha dado. ISS-pensiones no puede ni debe ser una operación comercial, y por supuesto no debe recibir subsidios cruzados de los demás seguros.

- Aún más, la combinación de los dos equívocos anteriores es fatal, porque le crea al ISS el incentivo de corto plazo para buscar expansión compitiendo con los fondos de pensiones, y la necesidad de buscar más concesiones o restricciones a los fondos de pensiones (trabas para los bonos pensionales), con el fin de obtener mayores superávits inmediatos, pero que se traducen en mayores déficits de largo plazo, por su desequilibrio financiero intrínseco. El Gobierno, en cuanto pueda acceder privilegiadamente a esos superávits temporales, también ha tenido un incentivo perverso de corto a mediano plazo para favorecer esta conducta del ISS, como ocurrió durante la administración pasada, y para ello cuenta con la poderosa potestad reglamentaria.
- La carencia de una misión y orientación corporativa que sea viable y conveniente en el largo plazo, y de una estructura adecuada para ello, implica además que se desatienda las indispensables labores de transición y de centralización del sistema de prima media. El ISS debería ser en unos años , según la ley 100, el único proveedor de la alternativa de beneficio definido para los empleados públicos, reemplazando en esa labor a todas las cajas de previsión. También representa la única opción para quienes ya no puedan construir pensiones en el sistema de ahorro individual acordes con planes e historias laborales muy poco modificables en el resto de años de carrera laboral. Estas deberían ser las funciones primordiales del ISS, en las cuales no hay quien pueda reemplazarlo, e implican además un compromiso, que si bien no es de plazo ilimitado, sí es para varias décadas.
- Las limitaciones del ISS para sumir las funciones pensionales que dejarían las cajas y otras entidades para el sector público, están conduciendo a un modelo que puede sostener indefinidamente o por muy largo plazo a otras entidades previsionales en pensiones (como CAJANAL, y CAPRECOM).

Por otra parte, tampoco sería demandable al ISS que en un corto plazo y sin apoyo pudiera reemplazar las funciones pensionales de las cajas previsionales de sector público. La ley 100 falló en prever y proveer un liderazgo público que no podía asumir el ISS, y un esquema de participación de agentes especializados, como fiduciarias o administradoras de pensiones, que pudieran colaborar en el reemplazo y en la absorción de dicha funciones por parte del ISS. No se ha cumplido la tarea de estimar los pasivos pensionales para que pudiera haber el corte de cuentas. La Superintendencia Bancaria no tiene los suficientes instrumentos de vigilancia y de control para asegurar la calidad del proceso.

La reestructuración del ISS no podría realizarse atendiendo solo el componente de Pensiones, a menos que se decidiera de una vez partirlo en varias empresas o entidades completamente separadas. Pero aún para hacer esto último, se requeriría un rediseño del sistema de riesgos profesionales, ya que este ramo dependería de servicios comprados a Salud y a Pensiones, para no incurrir en duplicaciones. Es plausible que convenga que el ramo de Pensiones no deba tener el estatus de empresa comercial del Estado. Habría que replantear la manera de asumir el carácter tripartito de la entidad ante el hecho de su dependencia respecto del fisco y su tarea

especial de centralizar el sistema de pensiones para el sector público. Por estas razones, no se ha podido incorporar ahora el tema de reestructuración dentro de esta Reforma del régimen Pensional. Pero de las consideraciones anteriores se desprende que ella vuelve a quedar incompleta si no se enfrenta pronto este crucial asunto.

REFERENCIAS

AYALA, U. (1997), "Costo fiscal e impacto macroeconómico de la reforma pensional colombiana", Trabajo presentado en la Conferencia "Costos fiscales de las reformas pensionales", organizado por la Secretaría de Hacienda de México y el Instituto de Desarrollo Económico del Banco Mundial, Febrero de 1997

AYALA U. (1997), "El impacto de la reforma pensional sobre el ahorro en Colombia", publicado por Skandia en Pensioes, Ahorro y Mercado de Capitales , Bogotá, páginas 45 a 86.

AYALA U. y HELMSDORFF, L. (1996) "Papel y viabilidad del régimen pensional de prima media" en Asobancaria, *Crisis política, sector financiero y manejo fiscal*, Bogotá, páginas 299 a 348.

LORA. E. y HELMSDORFF. L. (1995), *El futuro de la reforma pensional colombiana, Fedesarrollo- Asofondos*, Bogotá.

SUPERINTENDENCIA BANCARIA (1998), *Comportamiento de los fondos de pensiones obligatorias, pensiones voluntarias y de cesantía*. Informe trimestral.

IV.4 REFORMAS DE LOS SISTEMAS DE SEGURIDAD SOCIAL: La opción Uruguay

Tabaré Vera¹

1. CONSIDERACIONES GENERALES

La Reforma de la Seguridad Social en Uruguay, es una respuesta original a los problemas que el sistema enfrentaba y que se agudizaron a mediados de los años noventa. Su objetivo expreso es dotar al sistema previsional de solvencia de largo plazo asegurando a las generaciones futuras el acceso a los beneficios correspondientes. La reforma debe analizarse en el marco de tres elementos que son determinantes de su diseño: el primero, refiere a los procesos de cambios estructurales que están teniendo lugar en el país desde hace más de una década, y mediante los cuales se busca la adecuación de la economía a las nuevas circunstancias mundiales y regionales con el fin de asegurar un camino de crecimiento y desarrollo económico. Los dos restantes, son propios del sistema previsional uruguayo y comprenden su propia historia y el carácter de los problemas que había comenzado a presentar a partir de fines de los años ochenta.

- *Política económica y cambios estructurales*

Si bien la reforma tiene objetivos específicos, debe considerársela en el marco de una estrategia más global de transformaciones que persiguen tres objetivos coherentes en el corto y largo plazo, los que a su vez determinan las prioridades en la fijación de políticas.

En primer lugar, se busca reducir la vulnerabilidad interna y externa de la economía de forma de mejorar el clima de inversión en el país. Este objetivo determina la aplicación de políticas tendientes a reducir el riesgo-país y la volatilidad macroeconómica. Consecuentemente, se han tomado medidas de política fiscal, de estabilización de precios y de nivel de endeudamiento, acordes con este objetivo.

En segundo lugar, se ha encarado un programa de reformas estructurales consideradas imprescindibles, entre las que se cuentan como las más destacadas: las reformas de la Seguridad Social, del Sistema Educativo y del Estado, la política de desmonopolización y de adecuación de los sistemas regulatorios en general. Entre otras, se han concretado importantes transformaciones en materia de promoción de inversiones, de mejoramiento del funcionamiento del mercado de capitales y sectoriales, así como la aprobación de un nuevo marco regulatorio para el sector eléctrico.

En tercer lugar, se ha instrumentado una política de redistribución del ingreso implementando acciones específicas para mejorar las condiciones de vida de los hogares de menores recursos y políticas de servicios públicos orientadas hacia el mismo objetivo.

¹ Coordinador del Programa de Reforma de la Seguridad Social, Oficina de Planeamiento y Presupuesto, Presidencia de la República, Uruguay. (prss@adinet.com.uy).

La Reforma de la Seguridad Social es coherente con éstos lineamientos generales de política del país. Por un lado, crea un sistema sostenible en el tiempo contribuyendo a la estabilidad social tiende. Se espera reducir en el largo plazo el impacto sobre el déficit del presupuesto del Estado, creando márgenes para reducir la presión fiscal. A su vez, la reforma contiene medidas que buscan reforzar el carácter de mecanismo implícito de distribución del ingreso del sistema. Finalmente, la nueva ley de seguridad social se encuentra alineada con el desarrollo del mercado de capitales, puesto que el ahorro previsional se transforma en elemento dinamizador del mismo.

- *La historia²*

Durante el siglo pasado, la Seguridad Social no estaba constituida como sistema pero, mediante una serie de leyes, se otorgaban subsidios a algunas categorías de funcionarios del Estado. La primera ley sobre pasividades que se aprobó en nuestro país data del año 1829 y alcanzaba a los militares que participaron en las guerras por la independencia, cubriendo el riesgo de incapacidad y otorgando derecho a pensión a viudas y huérfanos. Más adelante, en 1838, se le reconoce por ley el derecho a jubilación, pensión y retiro a los funcionarios públicos.

Ya en esos años, las pasividades constituían una parte importante del gasto público, llegando a representar en 1858 el 35,1% del total del mismo.

Hacia fines de siglo, comienza a insinuarse un proceso de modernización que sentaría las bases del futuro sistema de seguros sociales. Es así que en 1896 se crea la Caja Escolar de Jubilaciones y Pensiones, la cual disponía de una administración y fondos previsionales independientes. Se inicia de este modo un proceso de constitución de roles institucionales diferenciados en lo que es el comienzo de una política previsional.

En 1919, se dictó la ley sobre “Pensiones a la Vejez” que planteó la protección de riesgos de vejez, invalidez e indigencia sin requerir contribución por parte del beneficiario, es decir, como beneficio no contributivo. En 1954, con la inclusión genérica de los trabajadores del sector privado, se logra la universalización de la cobertura del riesgo IVS, incluyendo a todas las actividades lícitas y remuneradas.

Comparativamente, la legislación social uruguaya de las primeras décadas fue notablemente amplia y avanzada respecto a las del resto de América Latina. Una explicación de este desarrollo de la seguridad social en nuestro país es la intensa actividad de los grupos de presión estrechamente vinculados con los partidos políticos y el papel del Estado en la búsqueda de la estabilidad social.

El surgimiento y evolución de la seguridad social uruguaya responde, básicamente, a los objetivos del modelo bismarckiano. Los seguros sociales surgidos en la primera mitad del siglo cumplieron una clara función de integración de los estratos sociales ascendentes a la estructura institucional vigente, y a su vez, de prevención de conflictos.

² Extractado de “La Seguridad Social en el Uruguay”, Asesoría Económica Actuarial, Banco de Previsión Social (1997).

Durante la primera mitad del presente siglo, el Estado se constituyó en el principal asignador de recursos y la extendida clase media fue generando una fuerte tendencia a demandarle la solución a toda la problemática económica y social del país. El Estado pudo responder a esas demandas debido a la prosperidad económica que se vivía en aquella época. El modelo agro-exportador permitió generar excedentes en las dos primeras décadas y a partir de 1930 se inició el proceso de industrialización sustitutiva de importaciones que alcanzaría su máxima expresión en la década de los años 40.

A partir de mediados de la década del 50, el sistema previsional prácticamente era universal, caracterizándose por la búsqueda del mantenimiento y la mejora de los derechos adquiridos por los afiliados al mismo, los cuales a su vez competían por mejoras particulares.

A fines de la década del 50 el sistema entra en crisis. En ese período, coinciden la creación de beneficios y condiciones de retiro más favorables (causal maternidad, beneficio de retiro, subsidio por fallecimiento, compensaciones especiales, etc.) y la mejora el mantenimiento del valor real de la pasividad (creación de salarios fictos de elevado valor), con inestabilidad y estancamiento de la economía nacional provocados por la caída de los precios internacionales de las exportaciones ganaderas y el fin del impulso industrializador. En consecuencia, el Estado encontró enormes dificultades para mantener el rol de gran asignador de recursos, el cual no podía ser ejercido sin generar fuertes disputas entre los sectores sociales.

- *La crisis estructural*

El contexto antes descrito permite hacer visibles los factores estructurales del sistema previsional que explican la crisis. En primer lugar, la madurez y el envejecimiento de la población se hacen sentir negativamente en el financiamiento del sistema. A su vez, la ampliación desmesurada de los beneficios y la mala política de inversiones de fondos transformaron un sistema de capitalización en uno de reparto de gastos. La caída sistemática de los ingresos en actividad, también redujo la base financiera del sistema.

En 1979, con el Acto Institucional No. 9, se inicia un período que se caracterizará por una transformación profunda de todo el Sistema de Seguridad Social. Se aumentaron las edades mínimas de retiro llevándose a 60 años en el hombre y 55 en la mujer, y exigiéndose un mínimo de 30 años de servicios; se eliminaron algunas causales de jubilación (por maternidad y despido); se limitaron las pensiones y se buscó una racionalización administrativa a través de la concentración de la administración de los distintos riesgos en un solo organismo.

En 1989, una iniciativa popular promovida por las Organizaciones de Jubilados y Pensionistas, ratificada por el 80% del electorado, cambia los mecanismos de revalorización de jubilaciones y pensiones, estableciendo que éstas se ajustarán en función de la evolución del Índice Medio de Salarios cada vez que los empleados de la Administración Central percibieran adelantos o aumentos de salarios. Esta disposición tiene rango constitucional.

Como resultado, aumentó el poder adquisitivo de las pasividades, pero se encareciendo simultáneamente el sistema de seguridad social, lo que limitó el crecimiento del gasto en otros sectores de interés social. Ahora bien, la ratificación de esta iniciativa popular tuvo un efecto

beneficioso que fue el de sincerar la realidad del sistema: era extremadamente caro ya que generaba una gran expectativa y un costo implícito muy importante.

La consecuencia de todo ello fue un crecimiento explosivo de los egresos³ que determinó la necesidad de aplicar medidas fiscales: incremento de las tasas del IVA⁴ y aumento de las cotizaciones patronales.

Esta situación contribuyó a generar en esos años una conciencia en relación a la necesidad de reformar el sistema. No obstante, los intentos realizados en tal sentido no alcanzaron consensos suficientemente amplios como para encararla hasta mediados de 1995, fecha en que se aprueba en el Parlamento la Ley No 16.713 actualmente vigente.

De acuerdo con los parámetros que regían el Sistema antes del cambio de 1995, el Banco Mundial calculó para todos los países, incluyendo Uruguay, cuál era la relación de obligaciones que se estaban generando en el sistema para los beneficios que se estaban pagando a quienes ya estaban haciendo uso de la pasividad como las obligaciones que ya se habían generado en ese momento. La estimación del Banco Mundial de la deuda implícita para el año 1996 era de 227% del Producto Bruto Interno, alrededor de 43.000 millones de dólares a valores de dicho año, contra un 43% para los Estados Unidos (país con condiciones demográficas – es decir esperanza de vida, distribución de la población por edades, etc. – muy parecidas al nuestro), un 87% del producto interno en Colombia, 113% en Brasil, un 39% en Perú y un 30% en Venezuela. Para encontrar deudas implícitas tan importantes como las de Uruguay, había que recurrir a países con mucho más recursos que el nuestro, a saber Japón (200% del producto), Francia con 216% e Italia con un 233% del producto.⁵

2. LA REFORMA

En setiembre de 1995 se promulga la Ley 16.713, por la cual se establece un nuevo régimen en lo que refiere al subsistema IVS, comprendiendo en forma inmediata y obligatoria a las actividades amparadas por el Banco de Previsión Social (BPS), con vigencia a partir del 1° de abril de 1996. En aplicación del principio de universalidad, el Poder Ejecutivo proyecta y remite al Poder Legislativo, en diciembre del mismo año, los regímenes aplicables a los demás servicios estatales y personas públicas no estatales de seguridad social – que representan en conjunto 14% del total de activos afiliados a los sistemas de previsión social -, de forma tal que se adecuen al régimen establecido para el BPS en la nueva ley.

El nuevo sistema no modifica los beneficios en curso de pago, ni los derechos de aquellos con expectativas jubilatorias inmediatas a la entrada en vigencia de la ley, ya que su implementación fue prevista en forma gradual. Es así que toda persona activa afiliada al BPS o

³ Este aumento de los egresos se acentúa debido al decrecimiento de la inflación que se inicia a partir de 1990.

⁴ Actualmente es de 23%, de los cuales 7 puntos porcentuales se asignan directamente a cubrir el déficit de la Seguridad Social.

⁵ En algún momento el endeudamiento externo fue un grave problema para toda América Latina, incluyendo a Uruguay. Actualmente es del orden del 15% del producto, algo insignificante frente a las obligaciones generadas con el sistema de seguridad social.

que ingresa con posterioridad a la vigencia de la nueva ley, pasa a tener derechos previsionales regulados por algunos de los tres regímenes aplicables, a saber:

- a) Régimen vigente en el momento de aprobación de la Ley 16.713, para aquellos con causal jubilatoria configurada antes del fin del año en que fue aprobada,
- b) Régimen de Transición, para los mayores de cuarenta años,
- c) Régimen Mixto, para los menores de cuarenta años o los que ingresan al mercado laboral, así como para las demás personas en condiciones particulares que pueden optar entre este régimen y el de transición.

En el caso del sistema mixto, se establecen tres niveles de cobertura según la cuantía de los ingresos individuales computables:

Primer nivel: Régimen de solidaridad intergeneracional

Es un sistema de reparto. Comprende obligatoriamente a todos los afiliados activos por las asignaciones computables o tramos de las mismas hasta los \$ 5.000 mensuales (a valores de mayo de 1995), los que generarán el derecho a la prestación básica del nuevo sistema.

Segundo Nivel: Régimen de ahorro individual obligatorio

Es un sistema de capitalización. Comprende obligatoriamente a los afiliados activos menores de 40 años a la fecha de entrada en vigencia de la ley con salarios superiores a \$ 5.000 (a valores de mayo de 1995, equivalentes a U\$S 813 de la época) y hasta \$ 15.000 (U\$S 2.438) mensuales. Comprende además todos los afiliados activos habilitados por la ley a ejercer opción por quedar incluidos en este nivel (Artículo 8 de la ley 16.713). Estos son los trabajadores cuyas asignaciones computables se encuentren en el primer nivel, pero que optan por el régimen de ahorro individual obligatorio de sus aportaciones personales correspondientes al 50% de sus asignaciones computables y los afiliados activos mayores de 40 años, con o sin causal jubilatoria configurada antes del 31/12/96, que opten por el nuevo régimen dentro de determinados plazos. También quedan comprendidos en ambos niveles, y de acuerdo a los tramos de ingresos correspondientes, todos los trabajadores que ingresen a la actividad con posterioridad al 01/04/96, cualquiera sea su edad. El BPS bonifica el aporte en 50% a los efectos del cálculo del sueldo básico jubilatorio.⁶

Tercer Nivel: Ahorro voluntario

Incluye los afiliados con salarios superiores a \$ 15.000, los que podrán aportar o no a sistemas de ahorro individual por dicho exceso, y a todos aquellos que busquen mejorar su prestación correspondiente a este pilar de ahorro individual cualquiera sea su ingreso de aportación. En caso de aportar, se generan prestaciones en condiciones similares al segundo nivel.

⁶ Por ejemplo, quien gana \$ 4000 y opta por aportar \$ 2.000 a la AFAP y \$ 2.000 al BPS, éste computa sus aportes como si ganara \$ 3.000. Este factor es posiblemente el más importante a la hora de explicar la masiva afiliación a las AFAPs de aquellos activos que por ley no estaban obligados a hacerlo.

Otras modificaciones de importancia recogidas en esta ley son:

- (i) las referentes a la edad jubilatoria, quedando fijada en 60 años para ambos sexos;
- (ii) los años de servicios requeridos aumentan de 30 a 35 años;
- (iii) se modifican las tasas de reemplazo tratando de estimular la permanencia en actividad;
- (iv) se aumenta el período considerado para el cálculo del sueldo básico jubilatorio y
- (v) se exige que para acceder a la jubilación por solidaridad sólo se consideren los años de servicios e importes que se encuentren efectivamente registrados en la Historia Laboral para los trabajadores dependientes y cotizados efectivamente para los dependientes.

A su vez, se introducen importantes cambios en el régimen de pensiones, destacándose entre otros la igualación entre sexos admitiendo la pensión para el viudo y divorciado y las limitaciones de la posibilidad de acceso a la prestación de las viudas, en función de la edad y recursos propios. Otra innovación del nuevo sistema es el pago de cuota mutual (seguro de salud) a jubilados de menores ingresos.

3. CARACTERÍSTICAS BÁSICAS DEL SUBSISTEMA IVS

El sistema previsional uruguayo está muy concentrado en lo que se refiere al régimen aplicable y al tipo de beneficios que presta. Las actividades cubiertas por régimen general administrado por BPS comprende el 86% de los afiliados. Las jubilaciones y pensiones representan el 88% del gasto total de la institución. Esta característica del sistema determina algunas particularidades del diseño de la reforma que se comentan a continuación.

- *Población protegida*

La población protegida está constituida, en términos generales, por todos aquellos empleados públicos y trabajadores privados en actividades comprendidas por el BPS. Los regímenes especiales que cubren a empleados bancarios, notariales, profesionales liberales, policías y militares se rigen por los sistemas vigentes con anterioridad a la reforma para cada uno de ellos, hasta su adecuación al régimen general de reciente creación.

- *Condiciones de calificación*

Según el nuevo régimen, las condiciones mínimas de calificación para las prestaciones del sistema de solidaridad como para el de capitalización son las siguientes:

a) Jubilaciones:

- Jubilación común: Tener cumplidos 60 años de edad y 35 años de servicios con cotización efectiva o con registración en la Historia Laboral según se trate de una actividad dependiente o no.
- Jubilación por edad avanzada: se requieren 70 años de edad y 15 años de servicios.
- Jubilación por incapacidad total: haber experimentado una incapacidad absoluta y permanente para todo trabajo, ocurrida a causa o en ocasión del trabajo, para lo cual no se requiere servicios mínimos reconocidos, o en forma ajena a la actividad laboral donde se exige un mínimo de dos años de servicios.

b) **Pensión de sobrevivencia:** son beneficiarios con derecho a pensión generada por jubilados y trabajadores afiliados al BPS:

- Las personas viudas
- Los hijos solteros menores de 21 años y los hijos solteros mayores de 21 años absolutamente incapacitados para todo tipo de trabajo.
- Los padres absolutamente incapacitados para todo trabajo.
- Las personas divorciadas.

- *Subsidio transitorio por incapacidad parcial*

El mismo se logra por haber experimentado una incapacidad absoluta y permanente para el empleo o profesión habitual, sobrevenida en actividad o en períodos de inactividad compensada, cualquiera sea la causa que la haya originado.

- *Pensión asistencial a la vejez e invalidez no contributiva*

Se requieren 70 años de edad, carecer de recursos para subvenir a sus necesidades vitales y ser habitante de la República. Los ciudadanos no naturales podrán acceder a la prestación con un mínimo de 15 años de residencia continuada en el país. En el caso de invalidez, se requiere estar incapacitado en forma absoluta para todo trabajo, sin importar la edad.

Para acceder a ambas prestaciones se requiere, además que los familiares legalmente obligados tengan ingresos inferiores a los topes fijados por el BPS.

- *Subsidio por expensas funerarias*

Se requiere ser beneficiario con derecho a pensión, siempre que se hayan hecho cargo de los gastos del sepelio o a cualquier persona que acredite haber pagado efectivamente los gastos del mismo. La pensión asistencial a la vejez e invalidez y el subsidio por expensas funerarias son prestaciones servidas exclusivamente por el régimen de solidaridad del BPS.

- *Beneficios*

a) **Jubilaciones**

En el régimen de jubilación por solidaridad intergeneracional, el cálculo de la jubilación tiene como punto de partida la determinación del sueldo básico jubilatorio, promedio mensual de las asignaciones computables actualizadas de los diez últimos años de servicios registrados en la Historia Laboral, limitado al promedio mensual de los 20 años de mejores asignaciones computables actualizadas, incrementado en un 5%. Si fuera más favorable para el trabajador el sueldo básico jubilatorio, se toma el promedio de los veinte años de mejores asignaciones computables actualizadas, por servicios registrados en la historia laboral. En el caso de la jubilación por incapacidad total o por edad avanzada, si no se totalizan los períodos antes indicados, se toma el promedio actualizado del tiempo efectivamente registrado.

En el segundo nivel, que corresponde al régimen de ahorro individual obligatorio, la asignación inicial de la jubilación común y de la jubilación por edad avanzada surge del saldo acumulado

en la cuenta de ahorro individual, de la expectativa de vida del afiliado y de la tasa de interés respectiva.

En el caso de la jubilación por incapacidad total y del subsidio transitorio por incapacidad parcial, la empresa aseguradora pagará el 45% del promedio de las asignaciones computables actualizadas sobre las que se aportó al Fondo Previsional en los últimos 10 años de actividad o período efectivo menor de aportación.

b) Pensión de sobrevivencia

Tanto en el régimen de solidaridad intergeneracional como en el régimen de ahorro individual, le corresponde al beneficiario una asignación de pensión entre el 50% y el 75% del sueldo básico de pensión, dependiendo del grado de parentesco con el causante y la composición del grupo familiar.

c) Fuente de recursos

En el caso del BPS para el subsistema IVS, ya sea en el régimen anterior, en el de transición, como en el pilar de solidaridad intergeneracional del sistema mixto, convergen tres fuentes de recursos: contribución personal a cargo del trabajador, patronal y del Estado.

La aportación del Estado cubre la diferencia entre ingresos y egresos del BPS. La ley de ajuste fiscal de marzo de 1990 afectó como recursos propios del BPS, 5 puntos de la tasa básica del IVA, con vigencia al 1° de enero de 1990 e incrementó las escalas del Impuesto a las Retribuciones Personales, quedando este aumento también como recurso del BPS, con destino específico al financiamiento del riesgo IVS.

Con la ley de Rendición de Cuentas, del año 1991, se afectó como recursos propios del BPS 7 puntos de la tasa básica del IVA; se eliminó el incremento de las escalas del IRP, por lo cual este impuesto dejó de ser recurso del BPS.

A partir de la entrada en vigencia de la ley de reforma previsional, el régimen de solidaridad intergeneracional se financia con los aportes patronales sobre el total de los ingresos salariales de hasta \$ 15.000, los aportes personales por ingresos salariales hasta los \$ 5.000, los tributos que específicamente se destinen a este régimen y la asistencia del Estado.

Entre otras modificaciones que introduce el nuevo régimen, se reduce la tasa de aporte patronal jubilatorio en dos puntos porcentuales pasando de 14,5% a 12,5%. La tasa de aportación personal se incrementa de 13% a 15% para todas las actividades amparadas por el BPS, incluidas las rurales.

En el caso de la cuenta personal de ahorro obligatorio, los recursos previstos para cubrir las prestaciones de jubilación común y derechos pensionarios es la capitalización de los aportes personales por el monto de los sueldos que excedan los \$ 5.000 y hasta los \$ 15.000, los aportes patronales por servicios bonificados, los depósitos convenidos que se realicen a nombre de los afiliados, las sanciones pecuniarias por infracciones tributarias y la rentabilidad del fondo de ahorro previsional que le corresponda. Los recursos para financiar las prestaciones de la jubilación por incapacidad total, subsidio transitorio por incapacidad parcial y pensión de sobrevivencia por fallecimiento en actividad, deben provenir de la entidad administradora

mediante la contratación con una empresa aseguradora de un seguro colectivo de invalidez y fallecimiento.

4. INDICADORES DE CORTO PLAZO

La aplicación de la nueva normativa se tradujo en cambios concretos y tangibles en el corto plazo. Entre ellos, dos requieren una mención especial: i) los afiliados que han optado voluntariamente superan el 90% del total, que representan el 86% de los optantes potenciales, lo que de por sí es una muestra de aceptación por parte de éstos del nuevo sistema mixto y constituye una legitimación del mismo; ii) el impacto positivo de la reforma queda también evidenciado por las inflexiones en la evolución de los ingresos y egresos del sistema de solidaridad intergeneracional administrado por el Banco de Previsión Social ocurridas luego de la entrada en vigencia de la Ley de Reforma Previsional.

- *El sistema de ahorro individual*

En relación al sistema de ahorro individual, un indicador clave para la medición de su desarrollo es la cobertura real del sistema en relación al universo de potenciales afiliaciones. Respecto a esto último, debe recordarse que las personas con salarios mensuales superiores a \$ 5.000 (valores de mayo de 1995) y menores de 40 años de edad a abril de 1996 están obligadas a afiliarse a este sistema mientras que pueden hacerlo voluntariamente aquellas personas con ingresos mensuales inferiores a \$ 5.000 y menores de 40 años. En el caso de las personas de mayor edad, la conveniencia de afiliación al sistema de capitalización (y, en consecuencia, renunciar a las normas del régimen anterior) depende de la cantidad de años de actividad restantes y de los niveles salariales (dado el máximo jubilatorio del sistema anterior), entre otros factores.

Los datos disponibles indican que, a un año de entrada en vigencia del nuevo sistema (abril de 1997), la cobertura alcanzó al 76% de la población potencial; en abril de 1998, la cobertura se situó en el 83% de la población de referencia mientras que al cierre de 1998 esta cifra alcanzó el 86%. Al 30 de junio del año en curso, el nuevo régimen previsional tenía casi 522.000 personas afiliadas.⁷

Si bien se mantienen, a más de tres años de iniciado el sistema, algunas deficiencias administrativas en la rutina de identificación de cotizantes (inclusive en algunos casos por parte de organismos públicos), puede suponerse que se ha entrado en una etapa en la cual las dificultades de ese orden han dejado de ser relevantes, lo que se traduce en cifras concretas: en el mes de febrero de 1999, los aportantes efectivos al sistema, con cargo a junio de 1998, alcanzaron a 326.720, una relación de casi 70% respecto de los afiliados (se debe tomar en cuenta que aproximadamente al 25% de los afiliados no le corresponde mensualmente transferencias debido, entre otras cosas, a situaciones de desocupación o por estar desarrollando actividades no amparadas por el BPS). A su vez, esta relación se ha mantenido por encima del 60%, excepto en el primer trimestre de implantación del sistema, etapa durante la cual los problemas administrativos pueden haber sido mayores.

⁷ Ver cuadro 10 en anexo.

En lo que respecta a los fondos de ahorro previsional (FAP), al cierre del sexto mes del presente año, éstos acumularon 480 millones de dólares.⁸ El 64% de estos fondos estaba colocado en valores del Estado (bonos previsionales; bonos del tesoro, bonos globales, letras de tesorería); el 23.3% se encontraba colocado en depósitos a plazo, tanto en moneda nacional como extranjera; el 2.1% en préstamos personales a los afiliados al sistema previsional y el 4.3% en títulos emitidos por empresas privadas uruguayas. El 6.4% restante, las administradoras lo colocaron en papeles del BHU o lo mantuvieron como disponibilidades transitorias en el BCU.

- *Los nuevos inversores institucionales: las AFAPs*

El mercado de administradoras de ahorro previsional (AFAPs) forma parte del régimen mixto de seguridad social que cubre en la actualidad a los afiliados del Banco de Previsión Social. A su vez, el Banco Central del Uruguay (BCU) es el organismo encargado de la supervisión y control de las actividades de estas empresas. En este sentido, se trata de un régimen que admite la competencia con la participación del sector público a través de un competidor y del ente regulador.

En la actualidad existen seis AFAPs, en una estructura de mercado que se caracteriza por la presencia de una empresa de mayor tamaño -República AFAP- que tiene como accionistas a tres instituciones estatales, mientras las cinco empresas restantes pertenecen al sector privado, cuatro de ellas con un nivel de participación bastante similar (Comercial, Capital, Integración y Santander) y una quinta que inició tardíamente sus actividades en el mercado y por ello todavía se mantiene con una porción de mercado inferior (Unión AFAP).

La obligatoriedad del ahorro, una vez que el afiliado se incorpora al sistema, plantea necesidades particulares de regulación de sus actividades. En tal sentido, y como forma de dotar de eficiencia a la administración de los fondos, se optó por la conformación de un mercado de competencia, donde la libre fijación de las comisiones y la movilidad del afiliado entre administradoras es la característica principal. De esta forma, la competencia se manifiesta, como en todo mercado de este tipo, en tres principales áreas: las comisiones, la rentabilidad y los gastos de comercialización (que incluyen la fuerza de ventas y la publicidad).

En los últimos doce meses finalizados en junio de 1999, la rentabilidad real bruta promedio del sistema se situó en 8.27%. Al cierre de 1997, este valor se ubicó en 6.42% y en 7.82% al cabo de 1998 y las rentabilidades netas oscilaron entre 6.84% y 7.48%; mientras que desde el inicio del sistema se ubicaron entre el 6.46% y 8.03% para el universo de las AFAPs. Estos valores corresponden a una comisión promedio ponderada del sistema sin incluir la prima de seguro, que se situó en junio de 1999 en 2.029% frente al 2.055% observado al cierre del año móvil culminado en diciembre de 1997 y 2.047% en el culminado en 1998.

- *Los costos del sistema privado de administración de fondos previsionales*

Los críticos de los sistemas privados de pensiones afirman que estos tienen costos muy altos y excesivos por lo que es importante detenerse a analizar este aspecto.

⁸ Ver cuadro 11 en anexo.

Al realizar una comparación de comisiones cobradas por los fondos privados en los países de la región, se observa que el costo que los afiliados enfrentan en el sistema uruguayo no parece ser excesivamente alto.⁹

Las comisiones se establecen como un porcentaje del ingreso imponible. El cobro se realiza en forma simultánea a las contribuciones, es decir que el trabajador paga en el mismo momento que realiza su contribución o transferencia al fondo y de ahí en adelante la administradora no cobra ningún cargo más por la administración los fondos transferidos. Por lo tanto, si un contribuyente realiza una sola contribución y nunca más contribuye, el operador obtiene su comisión una sola vez, pero tiene la obligación de administrar esos fondos por el período durante el cual el contribuyente permanezca afiliado a la administradora.

Otra forma posible de cobro por el servicio de administración del ahorro, es a través de un porcentaje del fondo acumulado, similar a la modalidad que tienen los fondos de inversión. La comparación de esta modalidad con el porcentaje sobre los aportes corrientes debe ser realizada en un contexto temporal adecuado ya que en un caso se está cobrando por adelantado la administración del fondo y en el otro se cobra en cada momento. Por este motivo, para poder comparar costos entre los dos sistemas, es necesario comparar el valor presente de fondos invertidos en uno y otro sistema, realizando supuestos sobre ritmo de crecimiento del ingreso, permanencia en el fondo, tasa de descuento y demás. En particular, se puede observar que los resultados son sensibles al tiempo de capitalización que el contribuyente tenga previo a su retiro, a la tasa de interés y al ritmo de variación de su ingreso.

Siguiendo esta metodología, puede realizarse un análisis comparativo a nivel internacional de las comisiones vigentes en el sistema uruguayo.¹⁰ Para efectuarlo, se han construido diferentes escenarios fijando valores para las comisiones del orden del 2% sobre salarios o 14.2% sobre los aportes, sin incluir el seguro. Los estudios disponibles han considerado períodos de capitalización de 25, 35, 40 y 45 años para un individuo que presenta una movilidad salarial del 2% anual y han calculado el valor actual del fondo acumulado y de las comisiones pagadas en cada uno de los períodos seleccionados. La tasa de interés utilizada para actualizar los valores es la misma que rinden los fondos administrados por la AFAP y se analiza la sensibilidad para el 2%, 4%, 6% y 8% anual¹¹.

Se comprueba que la comisión que se cobra en la actualidad es equivalente, en los casos centrales, a una comisión entre el 0.6% y el 0.8% del fondo acumulado. Los fondos de inversión en los Estados Unidos cobran comisiones que van del 1.006% para fondos que administran portafolios con bonos del gobierno y de los gobiernos locales, a un 1.569% en el caso de los fondos que administran portafolios de acciones (renta variable), según un artículo de la revista *The Economist* del 24 de enero de 1998. Estos valores se encuentran en el rango obtenido por el estudio realizado por la consultora Towers Perrin/Marcú y Asociados, basada en una muestra de 800 fondos de pensión norteamericanos, que arroja una comisión promedio sobre los fondos acumulados del 1.28%, aunque en este caso hay que considerar que dichas empresas tienen costos por recaudación que no lo tienen las AFAPs en Uruguay.

⁹ Ver cuadro No.9 en anexo.

¹⁰ Ver Jung, A. y Scarone, A: "Eficiencia de las AFAPs", PRSS, OPP/BID, 1998.

¹¹ Ver cuadro 8 en anexo.

Cabe agregar que los fondos privados de pensiones del sistema de los Estados Unidos, cobran en promedio 1,1% sobre el balance de las cuentas o capital.¹² Del estudio de las equivalencias entre estas dos modalidades de establecer las comisiones, se desprende que el régimen predominante en Uruguay es más favorable para el afiliado que el cobro sobre el valor de los activos administrados:

- cuanto más tiempo el contribuyente tenga previo a su retiro, más le conviene el sistema de comisión por aportes;
- cuanto mayor sea la tasa de interés, más le conviene al contribuyente el pago de comisión por aporte y
- cuanto mayor sea el ritmo de crecimiento de su ingreso, más le conviene el sistema de comisión sobre el capital.

Si bien puede afirmarse que el sistema de administración de ahorro previsional uruguayo no es demasiado oneroso, debe tenerse en cuenta que los componentes de costos son muy dinámicos, por lo que la regulación de la competencia en el sector deberá evitar que comportamientos empresariales no coincidentes con los intereses de los afiliados distorsionen el sistema. Por ejemplo, la agresividad desmedida en la captación de traspasos de administradoras puede convertir un derecho del trabajador que estimula la competencia entre ellas, en un mecanismo costoso para el conjunto del sistema, en detrimento de los beneficios del propio trabajador. Por otro lado, el bajo nivel de comisiones cobradas por las administradoras en relación a otras experiencias – tanto regionales como internacionales - conlleva la posibilidad de que alguna de ellas no pueda sostener su posición competitiva. En este caso, se reducirá el número de empresas presentes en esta actividad. Esto demandará esfuerzos regulatorios para evitar que una mayor concentración se transforme en un factor de distorsión de la competencia con el consiguiente perjuicio para los afiliados.

Efectuadas estas reservas, puede afirmarse que la organización de la actividad de las administradoras de fondos previsionales, inédita en el país, se ha concretado bajo los auspicios de un buen comienzo, habiendo respondido hasta el momento con dinamismo a las exigencias de un mercado en desarrollo.

- *El sistema de solidaridad intergeneracional*

La reforma plantea la incorporación de modificaciones sustanciales a los programas de cobertura de Invalidez, Vejez y Supervivencia (IVS) introduciendo nuevas técnicas de cobertura y nuevos actores, y manteniendo el régimen de solidaridad intergeneracional como un sistema obligatorio para todos los afiliados. En consecuencia, el impacto de la reforma en la relación entre los ingresos y los egresos del Banco de Previsión Social, y sobre la relación entre cotizantes y pasivos, constituyen, entre otros, indicadores de relevancia¹³.

¹² Ver Spiller, P: "Competencia, Regulación y Eficiencia en Mercados de AFAP: Con Implicancias para el Uruguay", PRSS, OPP/BID, Julio de 1998.

¹³ Ver cuadros 1 y 2 en anexo.

En lo que se relaciona específicamente con la asistencia financiera del Estado¹⁴ – originada en gran medida en las transferencias a las AFAPs –, cabe indicar que, si bien en valores constantes de 1998 se ha producido un aumento entre 1995 y 1998, las variaciones medidas porcentualmente muestran una curva descendente, produciéndose por primera vez en el año 1998 una variación negativa de – 0.4%, con una disminución de la asistencia financiera del Estado de U\$S 3.3 millones respecto al año 1997.¹⁵ La recaudación total del sistema creció más rápido que el PBI.¹⁶

En el área de prestaciones, se observa¹⁷ – específicamente en materia de IVS – un aumento del ritmo de crecimiento de las jubilaciones (tomadas en su conjunto) en 1997 con respecto a 1996. Sin embargo, se constata que a partir de 1998 las jubilaciones, si bien continúan creciendo, lo hacen a un ritmo menor respecto a los años anteriores. Estas constataciones están evidenciando un cambio en la tendencia, que se confirma al analizar el número de altas para todas las pasividades para los seis primeros meses de 1999. Estas fueron 20.4% menores que para igual período de 1998 (reducción que se compone de 31.9% en jubilaciones, de 1.6 % en pensiones a la vejez y de 8.0% en las pensiones a la vejez).

El crecimiento de las pasividades observado hasta 1998, tiene tres explicaciones: (i) la introducción de la reforma, que probablemente haya llevado a muchos afiliados a anticipar su retiro; (ii) los planes de retiros incentivados que rigieron a nivel del sector público y (iii) la reducción por parte del BPS – durante el período 1997-98 – del plazo de otorgamiento de beneficios de jubilación y también de pensiones a la vejez.

El nuevo régimen de previsión originó una incorporación de trabajadores aportantes algo superior a la incorporación de pasivos. En efecto, las estimaciones realizadas respecto a la relación cotizantes/beneficiarios de IVS muestra una mejora entre 1996 y 1998, pasando de 1,2930 a 1,3188. Esta leve mejora se acentuará en el futuro, puesto que los hechos que amortiguaron los efectos de la reforma, incidiendo en el citado aumento de altas de pasividad, tuvieron impacto por una única vez.

Por último, el número de trabajadores que cotizan efectivamente al BPS en relación con aquellos cotizantes potenciales, pasó de 72,9% en 1995 al 74,6% en 1997. Esto se debe a que en este último año hubo un aumento de 41.200 afiliaciones que fue superior al de la población cotizante potencial, por lo que se puede afirmar que la evasión en puestos de trabajo se ha reducido en casi dos puntos porcentuales, al pasar de 27,1% en 1995 a 25,4% en 1997¹⁸.

5. IMPACTOS DE LARGO PLAZO

La implantación de la Reforma Previsional en Uruguay sigue un proceso gradualista. Esto hace que muchos de los más importantes efectos de su aplicación sean evaluables en el largo plazo, en la medida en que el sistema se acerque a su madurez, esto es, al momento en que todas las

¹⁴ Ver cuadro 6 en anexo.

¹⁵ Para el presente año se espera que la asistencia financiera del Estado crezca casi 16% como resultado de una caída en el IVA afectado debido a la desaceleración en el ritmo de crecimiento económico estimado durante 1999.

¹⁶ Ver cuadro 3 en anexo.

¹⁷ Ver cuadros 4 y 5 en anexo.

¹⁸ Ver Valle, A.: “Sistema Integrado de Control Gerencial (BPS)- PRSS OPP/BID, 1998.

generaciones estén comprendidas en el nuevo sistema. Por esta razón, los estudios de estos impactos se han realizado a partir de proyecciones de largo plazo basadas en conjuntos diferentes de hipótesis que han servido para configurar distintos escenarios futuros. En consecuencia, las conclusiones que se extraen hacen referencia a tendencias predominantes según su persistencia a medida que se cambian las hipótesis de base.

Es de señalar que en dichos estudios se otorga un lugar destacado a la comparación con respecto a la situación pre-reforma, comparación esta que encierra, sin embargo, una dificultad conceptual mayor: para realizarla debe suponerse que el escenario de base, es decir sin reforma, es sustentable en todo el período de análisis. La puesta en funcionamiento de un nuevo sistema previsional se hizo necesaria precisamente a partir de la constatación opuesta. No obstante parece ilustrativo proceder a esta comparación para visualizar de este modo los impactos más relevantes de la reforma de la seguridad social en Uruguay.

- *Sustentabilidad del sistema*

Las proyecciones realizadas tomando hipótesis de rendimiento de los fondos en el largo plazo de 3%, indican que las tasas de remplazo del nuevo sistema serán mayores que las del viejo sistema. Esta mejora no se obtendría a costa de un deterioro de la situación fiscal del sistema administrado por el BPS. Por el contrario, las mismas proyecciones realizadas según varios escenarios ponen en evidencia una mejora en el mediano y largo plazo, producto de las disposiciones contenidas en la Ley Previsional de 1995. Las estimaciones de largo plazo¹⁹ demuestran que, a partir de la maduración del sistema, el déficit en dólares constantes comienza a reducirse para ubicarse en aproximadamente 550 millones de dólares, contra los actuales 630 millones de dólares (expresadas en dólares promedio de 1996).

En términos de PBI, la reducción es bastante más espectacular puesto que los efectos de la reforma comienzan a percibirse mucho antes, llegándose a una reducción de 1,4% en el año 2040²⁰. Esta reducción es posible debido a que la introducción del sistema de ahorro individual, complementario del sistema de solidaridad intergeneracional, supone la disminución tanto de ingresos como de egresos del sistema administrado por el BPS, pero a distinto ritmo. A mediano plazo, la disminución de egresos por jubilaciones y pensiones supera la disminución de los aportes, provocando una reducción del déficit primario del gobierno central. En efecto, las estimaciones muestran que cualquiera sea el escenario analizado, mientras los egresos caerán del 13% a más del 10% del PBI, los ingresos lo harán del 10% al 9 % del PBI, aproximadamente²¹.

Dependiendo del comportamiento de ciertas variables claves del sistema, los resultados podrían mejorarse sustancialmente. Así, por ejemplo, la reducción en la evasión tendrá un impacto muy

¹⁹ Ver Camacho, L. y Scardino A.: "Análisis de los resultados de las proyecciones financieras de largo plazo del sistema de seguridad social administrado por el BPS", PRSS OPP/BID 1998.

²⁰ Si se compara con el déficit calculado en un escenario sin reforma, la reducción asciende a 3% del PBI. Ver cuadro 7 en anexo.

²¹ El estudio de largo plazo del impacto de la reforma previsional sobre el déficit global del gobierno (incluyendo intereses de la deuda pública) debe incorporar hipótesis acerca del aumento del déficit público como consecuencia de los costos de transición, la relación entre la tasa de interés y el crecimiento del producto, entre otras. Por una presentación amplia de escenarios posibles y sus resultados, ver Forteza, A.: "Efectos macroeconómicos de la reforma de la seguridad social en el Uruguay", PRSS OPP/BID, 1998.

significativo en el ahorro. En este sentido, cabe esperar que con la implantación simultánea de la Historia Laboral, el cambio del método de cálculo del sueldo básico jubilatorio y la introducción del sistema de ahorro individual, la práctica de la evasión tienda a reducirse²². El análisis de la evolución de los indicadores de evasión demuestran que este proceso ya se ha iniciado.

Por otro lado, los resultados financieros son altamente sensibles a la cantidad de optantes voluntarios por el sistema mixto en relación del total de cotizantes. En efecto, los resultados financieros mejoran en la medida que, en el marco de las disposiciones de la ley previsional, el número de afiliados optantes aumente.²³

En un país con una tasa de ahorro extremadamente baja como lo es Uruguay, el ahorro público es crucial a los efectos de liberar recursos que financien la inversión y la puesta en valor del capital humano, que son las bases del crecimiento futuro. La reforma previsional, además de cumplir con los objetivos principales de reforzar los mecanismos de redistribución progresiva al interior del subsistema solidario, asegurando la sustentabilidad financiera del sistema, contribuye, además, a reducir la vulnerabilidad de la economía disminuyendo, incontestablemente, a mediano plazo, el déficit primario del gobierno²⁴. Esta es condición necesaria para afrontar con mayor solvencia cualquier tipo de contingencia futura determinada por variables cuyo control no siempre depende de decisiones nacionales.

Estos resultados previstos para el largo plazo están, no obstante, incidiendo en el corto plazo. En efecto, Uruguay ha logrado una mejora significativa en la calificación de riesgo asociada a los títulos de deuda pública, que está ligada estrechamente al resultado fiscal proyectado de la reforma previsional. El Estado ha comprobado, en las sucesivas emisiones de títulos de deuda externa, que las primas sobre tasas de interés que debía pagar para acceder al ahorro externo, descendían debido a una mayor solvencia del sector público. Así, por ejemplo, las primas de los Bonos del Tesoro bajaron, en el período 1996-1998, a la mitad y los plazos de títulos a tasa de interés fija se multiplicaron por tres²⁵.

- *La equidad en el sistema previsional*

Pueden plantearse distintas ópticas para el análisis de la equidad de un sistema previsional. El procedimiento generalmente aplicado corresponde al análisis de la equidad desde un punto de vista actuarial y los eventuales desvíos de un sistema concreto respecto a dicha equidad.

Por *equidad actuarial* se entiende: la relación entre el valor actual esperado de la suma de beneficios a lo largo de la vida de retiro respecto del valor actual de las contribuciones

²² Ver Labadie, G.: "Los efectos de la reforma de la seguridad social sobre el mercado de trabajo", PRSS OPP/BID, 1998. Las estimaciones de un modelo de oferta y demanda del mercado de trabajo para estimar los impactos de largo plazo de la reforma previsional tienden a mostrar la existencia de fuertes incentivos a la formalización de las relaciones laborales.

²³ Ver Camacho, Luis, "Aspectos generales del financiamiento del nuevo sistema previsional uruguayo" BPS, Montevideo, 1997.

²⁴ Ver Michelin, G.: "Actualización del análisis de consistencia entre la reforma del sistema de seguridad social y el marco de las políticas macroeconómicas", PRSS OPP/BID, 1998

²⁵ Las primas de los Bonos del Tesoro descendieron del 2,0% sobre la LIBOR a 1,0%. Los plazos de los títulos a tasa de interés fija se extendieron de 10 a 30 años. La colocación y emisión de bonos global 2003 se realizó en condiciones más exigentes pero siempre más convenientes que para los demás países emergentes.

realizadas a lo largo de la vida laboral.²⁶ Construyendo un indicador cociente de ambas magnitudes, si dicho cociente resulta ser mayor que 1, significa que las prestaciones recibidas son mayores a las contribuciones realizadas.

Siguiendo esta metodología de “*equidad actuarial*”, los índices promedio de equidad²⁷ resultantes de la Reforma son, al igual que antes de su entrada en vigencia y en prácticamente todos los casos, superiores a la unidad.

Una primera conclusión²⁸ que se puede extraer de la comparación del índice promedio en cuestión con el de la etapa pre-reforma, es que, en términos generales, no ha variado sustancialmente, aunque se evidencie una tendencia a acercarse a la unidad debido a que las nuevas disposiciones incrementan la proporcionalidad entre aportes y beneficios. La introducción del pilar ahorro es un elemento que contribuye significativamente a este resultado.

La reforma introduce cambios leves en los grupos cuyo índice de equidad está cercano a la unidad, y más significativos para aquellos grupos que en situación pre-reforma estaban más alejados de la misma, acercándose en todos los casos hacia una mayor equidad.

En este marco, existen algunas situaciones que merecen ser destacadas. En primer lugar, si se procede a analizar los efectos de la reforma teniendo en cuenta los niveles de ingreso, los resultados confirman que el nuevo sistema previsional tiene carácter progresivo: los índices de equidad de los deciles de menor ingreso y de ocupaciones que registran a menudo menores remuneraciones (mujeres empleadas en el servicio doméstico, por ejemplo) son sistemáticamente mayores que los correspondientes al resto de la población y en relación a la situación pre-reforma, lo que se repite en casi todos los escenarios estudiados. En los niveles de menor ingreso, esto se explica por el aumento sustantivo de la jubilación mínima.

En segundo lugar, cabe señalar que las mujeres, consideradas en su conjunto y particularmente las jóvenes, ven reducido su índice de equidad debido a la equiparación de las condiciones de elegibilidad con las que rigen para los hombres.

En tercer lugar, los estratos de ingresos por encima del umbral entre los regímenes de reparto y de capitalización, sin distinción de sexo, ven mejorado su índice debido a la eliminación de los tope jubilatorios por la adición de derechos generados en el segundo pilar. En efecto, la prestación que resulta de la suma de las jubilaciones por reparto y capitalización hacen irrelevante el tope jubilatorio establecido en el primero.

6. COMENTARIOS FINALES

Una de las características diferenciales de la reforma previsional uruguaya es que el sistema de reparto no está destinado a desaparecer. El sistema mixto es un único sistema que guarda una unidad conceptual en relación a las condiciones de elegibilidad.

²⁶ Ello implica que los flujos de beneficios y contribuciones deber ser descontados a una cierta tasa. Las proyecciones mostraron ser relativamente sensibles a las hipótesis referidas a esta tasa de actualización.

²⁷ El promedio refiere a todo el sistema o a grupos de individuos más o menos homogéneos.

²⁸ Ver Noya, N.: “Equidad de la Reforma de la Seguridad Social” – PRSS OPP/BID, 1998.

Las medidas incorporadas en la reforma (adecuación del sistema de reparto, la introducción de la Historia Laboral y la puesta en funcionamiento del sistema de ahorro individual) representan estímulos hacia la formalización de las relaciones laborales y, por ende, hacia la reducción de la evasión. Los indicadores de corto plazo parecerían estar confirmando esta tendencia.

El aspecto particular de este régimen lo constituye la bonificación que reciben los afiliados voluntarios al régimen de capitalización, respecto a sus aportes que quedan en el sistema solidario. Es cierto que la existencia de esta bonificación no permite que el sistema recoja todo el impacto en la reducción de los egresos correspondiente al sistema de reparto. Sin embargo, las estimaciones realizadas demuestran la alta sensibilidad de los resultados financieros al número de afiliados que optan por capitalizar. El aumento del número de afiliados voluntarios mejora los resultados financieros de largo plazo y el comportamiento de éstos parece ser altamente determinado por la existencia de esta bonificación

Los cambios distributivos que provocarán las nuevas disposiciones no son fácilmente apreciables. Sin embargo, no parecen ser dramáticos en general, y presentan una tendencia a mejorar la situación de algunos colectivos, reforzando el carácter progresivo del sistema. El aumento de la jubilación mínima tiene un impacto considerable a favor de los sectores de menores ingresos.

Por otra parte, la reforma implementada es coherente con el camino de transformaciones estructurales que recorre el país desde hace más de una década y se beneficiará con la avance de las mismas.

7. BIBLIOGRAFÍA

Banco de Previsión Social (BPS), Asesoría Económica y Actuarial (AEA) – “La Seguridad Social en el Uruguay” . Montevideo, 1997

Camacho, Luis, “Elementos generales del financiamiento del nuevo sistema previsional uruguayo”. BPS, Montevideo 1997.

Camacho, Luis y Scardino, Adriana, “Análisis de los resultados de las proyecciones financieras de largo plazo del sistema de seguridad social administrado por el BPS”, PRSS OPP/BID, Montevideo 1998.

Jung, Andrés y Scarone, Ariel, “Eficiencia de las AFAPs” y “Desarrollo de temas relevantes para el desempeño eficiente de las AFAPs”, PRSS OPP/BID, Montevideo, 1998

Labadie, Gastón, “Los efectos de la reforma de la seguridad social sobre el mercado de trabajo”, PRSS OPP/BID, Montevideo 1998.

Michelin, Gustavo, “Actualización del análisis de consistencia entre la reforma del sistema de seguridad social y el marco de las políticas macroeconómicas”, PRSS OPP/BID, Montevideo 1998.

Noya, Nelson, "Equidad de la reforma de la seguridad social" , PRSS OPP/BID, Montevideo 1998

Spiller, Pablo, "Competencia, regulación y eficiencia en mercados de AFAP: con implicaciones para Uruguay", PRSS OPP/BID, Montevideo, 1999

Valle, Alberto, "Sistema Integrado de Control Gerencial (BPS)" – PRSS OPP/BID, Montevideo, 1998

8. CUADROS

Cuadro 1) Estructura de Recursos Financieros del BPS (en porcentaje)

Concepto	1996	1998	2040
Contribuciones del Estado	33.3	40.3	29
Aportes Patronales	30.4	30.4	43
Aportes Personales	36.3	29.3	28

Fuente: Banco de Previsión Social

Cuadro 2) Afiliados al régimen mixto en relación al total de cotizantes del BPS (en porcentaje)

Concepto	1996	1998	2040
Afiliados AFAP/ Cotizantes BPS	23.5	50.1	90

Fuente: Banco de Previsión Social

Cuadro 3) Recaudación de IVS (en millones de dólares de 1998)

Concepto	1996	1998	Variación en %
Recaudación IVS (BPS + AFAPs)	1.364	1.523	11.7
PBI	19.117	20.831	9.0

Fuente: Banco de Previsión Social

Cuadro 4) Prestaciones de IVS (en número de beneficiarios)

Concepto	1996	1998	Variación en %
Jubilaciones BPS	368.075	379.340	3.1
Jubilaciones Mixto	3	64	2033.9

Fuente: Banco de Previsión Social

Cuadro 5) Prestaciones no contributivas (en número de beneficiarios)

Concepto	1996	1998	Variación en %
Pensión por Vejez	23.607	22.648	-4.1
Pensión por Invalidez	39.073	42.489	8.7
Total	62.680	65.137	3.9

Fuente: Banco de Previsión Social

Cuadro 6) Evolución de la asistencia financiera del Estado (en millones de U\$S de 1998)

Año	A valores constantes	Variación en %
1994	509.8	-----
1995	575.5	12.9
1996	694.2	20.6
1997	768.7	10.7
1998	765.4	-0.4

Fuente: BPS

Cuadro 7) Proyecciones de Ingresos, Egresos y Déficit del Sistema de Seguridad Social administrado por el BPS (en porcentaje del PBI)

Año	Ingresos	Egresos	Resultado
2000	9.9	13.1	-3.2
2010	9.3	12.0	-2.7
2020	9.0	11.5	-2.5
2030	9.0	10.7	-1.8
2040	9.0	10.3	-1.4

Fuente: Forteza, A.: "Efectos macroeconómicos de la reforma de la seguridad social en el Uruguay"

Cuadro 8) Comisión equivalente como porcentaje del fondo acumulado de una comisión sobre aportes del 14,2%, sin considerar el costo del seguro

Supuesto de movilidad salarial al 2% anual

Años	<i>Tasa de interés de capitalización y de VAN</i>			
	2%	4%	6%	8%
25	1.22%	1.11%	1.03%	0.96%
35	0.89%	0.79%	0.72%	0.66%
40	0.78%	0.69%	0.62%	0.56%
45	0.70%	0.60%	0.54%	0.49%

Fuente: Jung, A. y Scarone, A.: "Desarrollo de temas relevantes para el desempeño eficiente de las AFAPs"

Cuadro 9) Comparación de comisiones de AFAPs en la región

País	Comisiones	Prima de Seguro	Total
Argentina	2.54	0.91	3.45
Chile	2.30	0.64	3.00
México	1.94	2.50	4.44
Perú	2.34	1.38	3.72
Uruguay	2.05	0.57	2.62
Promedio	2.23	1.20	3.45

Fuente: OECD Development Centre Studies. The Second-Generation Pension Reforms in Latin America by Monika Queisser 1998, p.45.

Cuadro 10) Incorporación de afiliados a las AFAPs

Concepto	En 1996	En 1997	En 1998	A Jun. 99
Afiliados	356.963	102.438	48.704	13.336
Total Acumulado	356.963	459.401	508.105	521.441

Fuente: BPS

Cuadro 11) Evolución del Fondo de Ahorro Previsional (en miles de U\$S)

Concepto	1996	1997	1998	A Jun. 99
FAP	50.355	202.481	374.346	480.461

Fuente: Area Control de AFAPs – BCU

IV.5 EL SISTEMA DE PENSIONES EN CHILE: RESULTADOS Y DESAFIOS PENDIENTES

Alberto Arenas de Mesa¹

I. Introducción

Una de las más importantes reformas previsionales en América Latina y, tal vez en el mundo, es la privatización del sistema de pensiones chileno, el cual fue el pionero en sustituir completamente el antiguo sistema civil colectivo público de reparto por un esquema de capitalización individual administrado por privados. La amplitud, velocidad y profundidad de la reforma chilena ha atraído la atención mundial y ha generado influencia una significativa en América Latina y otros países en vías de desarrollo, asó como en países desarrollados (véase los casos de América Latina, en Mesa Lago 1994, 1996; Estados Unidos en Diamond 1996 y Feldstein 1996; y los países de Europa de Este en Holzmann 1994).

Chile ofrece un interesante caso de estudio, no sólo porque ha sido uno de los pioneros y más comprensivos sistemas de seguridad social en América Latina, pero también por proveer un fascinante modelo para analizar los efectos económicos de la transición previsional desde un sistema de reparto a un esquema de capitalización individual plena (Arenas de Mesa 1997).

Uno de los principales objetivos propuestos por las reformas a los sistemas de pensiones en América Latina en las últimas dos décadas ha sido fundamentalmente resolver o prevenir presiones o déficit fiscales producidos por los antiguos sistemas públicos de pensiones. La experiencia chilena de 1980-81 sustituyó completamente, en su componente civil, el esquema colectivo público de reparto por un sistema de pensiones de capitalización individual administrado por privados, lo que representó un intento de contener institucionalmente tales desequilibrios.

En contraste con estas ventajas de largo plazo, la reforma chilena dio origen a desequilibrios fiscales cuyos efectos se extenderán por varias décadas. Las principales fuentes de impacto fiscal son: el desequilibrio financiero derivado del traslado al sistema de capitalización individual de los contribuyentes de las cajas de previsión y de la retención de los beneficiarios pasivos de éstas últimas; el surgimiento de compromisos de gasto futuro en favor de los contribuyentes de las Administradoras de Fondos de Pensión (AFPs) y de quienes por distintos motivos no están cubiertos por el sistema de pensiones de AFPs, así como la mantención del sistema público previsional de las Fuerzas Armadas y Carabineros que no fue incluido en la reforma del sistema de pensiones de 1980-81.

Después de casi 20 años de reforma al sistema de pensiones, puede afirmarse que la reforma chilena estuvo lejos de eliminar la participación del Estado en el sistema de pensiones. La

¹ Jefe del Departamento de Estudios, Dirección de Presupuestos, Ministerio de Hacienda de Chile. Se agradecen los comentarios y la valiosa colaboración de Juan Enrique Suárez Casanova y Paula Benavides, economistas del Departamento de Estudios de la Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda de Chile. Las opiniones expresadas en este artículo son de exclusiva responsabilidad del autor y no necesariamente representan a la institución en que se desempeña. (aad@dipres.cl).

transición previsional desde un esquema público de reparto a un sistema de capitalización individual administrado por privados dejó al Estado, además de un rol regulador del sistema de pensiones, con al menos un rol significativo en la administración y ejecución de las siguientes acciones: (i) la administración y pago de las pensiones en el sistema público de reparto; (ii) la administración, cálculo y pago de los Bonos de Reconocimiento (BR), instrumento financiero que reconoció las contribuciones realizadas por los contribuyentes del antiguo sistema que se trasladaron al sistema de capitalización individual; (iii) la administración del sistema público de pensiones de las Fuerzas Armadas y Carabineros (sistema público previsional militar); (iv) la administración y pago de la garantía estatal de pensiones mínimas del nuevo sistema de AFP, para todos aquellos afiliados con 20 o más años de cotizaciones que no alcancen a dicho monto mínimo; y (v) la administración del sistema público asistencial que provee de pensiones asistenciales a los indigentes y carentes de previsión. De estas responsabilidades fiscales las primeras dos son transitorias, las restantes son permanentes y todas ellas, sin excepción impondrán cargas financieras para el Estado.

En este contexto, el déficit previsional chileno después de la reforma al sistema de pensiones ha representado para el Estado grandes asignaciones de recursos. Este alcanzó un gasto público anual promedio equivalente a 5,7% del PIB entre 1981 y 1998. El gasto previsional es la partida del gasto de mayor importancia en el presupuesto público, el que representó el 42% del gasto social y el 27% del gasto total del gobierno central en 1998.

Proyecciones realizadas muestran que el compromiso fiscal en el sistema civil de pensiones en Chile representará en promedio un gasto público anual equivalente a 3% del PIB en los próximos 40 años. Estas estimaciones están muy por sobre las proyecciones que se realizaran en la década de los ochenta al tiempo de la reforma del sistema de pensiones. Esto último sugiere que los compromisos fiscales fueron substancialmente subestimados.

Dicha subestimación no se debe solamente a la reforma del sistema de pensiones, sino también a los beneficios previsionales entregados con posterioridad a la reforma. Un ejemplo de esta situación queda reflejado en el beneficio previsional para 1.350.000 pensionados del sistema antiguo, más los que gozan de garantía estatal en el sistema de AFP, de \$16 dólares mensuales. El Estado para financiar esta medida realizó una readecuación tributaria que generará \$260 millones de dólares anuales, los que se destinarán al financiamiento esta medida. Estimaciones indican que este beneficio producirá un compromiso fiscal que en valor presente representan 1,9% del PIB (Pini 1999).

Este trabajo confirma entre otras cosas, que es necesario incluir en las evaluaciones de la reforma a la seguridad social en Chile, en términos de sus impactos de mediano y largo plazo en el presupuesto fiscal, cobertura y bienestar, el género como una de las variables predictivas. La proporción de gasto destinada a mujeres se incrementará de 57% a 67% del déficit previsional civil entre 1999 y el año 2037.

Los resultados aquí proporcionados respecto del tamaño, la estructura y los perfiles en el tiempo de los compromisos fiscales en el sistema de pensiones en los próximos 40 años, imponen importante restricciones en el período post reforma del sistema de pensiones con fuertes implicancias sobre la política fiscal y la administración equilibrada de las finanzas públicas.

El presente artículo se divide en cuatro secciones además de esta introducción. La sección 2 presenta una breve reseña de la reforma al sistema de pensiones en Chile de 1980-81. La sección 3 entrega los principales resultados de la reforma al sistema de pensiones en términos de cobertura, impacto fiscal, ahorro y proyecciones del déficit previsional para el período 1999-2037 así como los efectos distributivos, concentrando el análisis en la variable género y su relación con los compromisos fiscales que ésta produce. La sección 4, muestra los desafíos pendientes del actual sistema y finalmente, en la última sección se entregan los comentarios finales y principales conclusiones.

II. La Reforma al Sistema de Pensiones de 1981

Chile fue uno de los países pioneros en establecer un sistema de seguro social en América Latina en la década de los años 20's. A comienzos de los años 70's, el sistema de seguridad social chileno era uno de los más avanzados, cubría todas las contingencias, presentaba una cobertura elevada y ofrecía beneficios generosos. Sin embargo, el sistema estaba altamente fragmentado, según Mesa-Lago (1985), era un "laberinto burocrático" jurídicamente complejo y estratificado, permitía importantes desigualdades, y sufría desequilibrios financieros y actuariales. Gobiernos de distintas tendencias políticas intentaron reformar el sistema de pensiones, pero grupos de interés bloquearon los proyectos de reforma que se necesitaban implementar en el sistema.

Al término de la década de 1970 el sistema de pensiones sufría importantes desequilibrios financieros, y el gobierno militar comenzó a preparar el camino para una profunda reforma estructural del sistema de pensiones. En 1979, se suprimieron las desigualdades más importantes del sistema público de reparto y, además se homologaron y elevaron las edades de retiro e incrementaron las tasas de contribuciones. Estos fueron los primeros pasos en el camino hacia una reforma estructural del sistema de pensiones. En 1980, se sustituyó completamente, en su parte civil, el esquema colectivo público de reparto por un nuevo sistema privado de pensiones basado en la capitalización individual. Este sistema se diseñó con condiciones de acceso uniformes y comenzó a funcionar en mayo de 1981. El nuevo sistema de pensiones es un esquema de contribuciones definidas basado en planes individuales de ahorro obligatorio privado. Los trabajadores deben cotizar mensualmente un 10% de sus rentas y destinarlas a sus cuentas individuales de ahorro administradas por las Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP). Estas cobran comisiones para cubrir los costos administrativos y contratar seguros de invalidez y sobrevivencia. Las pensiones son financiadas por el fondo acumulado en las cuentas individuales existiendo tres modalidades de retiro: programado, renta vitalicia y una combinación de ambos. De esta manera, las pensiones dependen de: (i) las contribuciones acumuladas en las cuentas individuales por los (as) trabajadores (as) durante el período laboral; (ii) el retorno de las inversiones de los fondos de pensiones; (iii) los factores actuariales (expectativa de vida) por género; y (iv) el número, edad y expectativa de vida de los dependientes. Las contribuciones realizadas por los contribuyentes del antiguo sistema que se trasladaron al nuevo sistema son reconocidas a través de un instrumento financiero llamado Bonos de Reconocimiento, el que según estimaciones, representa entre un 50% y 70% del total de fondos acumulados por los asegurados (Arellano 1985; Arenas de Mesa y Marcel 1993).

Las variables del sistema están expresadas en Unidades de Fomento (UF), unidad contable indexada con la inflación. De esta manera, las pensiones son ajustadas automáticamente con la inflación, resolviéndose un serio y antiguo problema del sistema público de pensiones. Los hombres pueden retirarse a los 65 años y las mujeres a los 60. A diferencia del sistema de reparto que confiaba la administración del sistema en instituciones públicas, el sistema de AFP es administrado por corporaciones privadas con fines de lucro y con fines exclusivos de administrar los fondos de pensiones. El sistema privado está bajo un estricto control y fuertemente regulado por el Estado a través de la Superintendencia de AFP. Además el Estado entrega importantes garantías, entre las que se incluye una pensión mínima para todos los afiliados que realicen cotizaciones por 20 o más años durante la vida laboral y que con sus fondos no puedan cubrir dicho monto mínimo. A diferencia de las demás pensiones, las pensiones mínimas garantizadas por el Estado no son expresadas en UF, sin embargo, éstas son regularmente reajustadas por el gobierno.

Entre 1981 y 1998, los fondos de pensiones acumularon recursos equivalentes a US\$30 billones o aproximadamente 40% del PIB. Las tasa real de rentabilidad anual de los fondos de pensiones ha promediado 11% en 1981-1998. En 1995 y 1998, sin embargo, ésta presentó retornos de -2,5% y -1,1% respectivamente. Se ha proyectado que si los rendimientos presentados en 1981-1998 se repiten en el futuro, los fondos de pensiones alcanzarán el 100% del PIB en el año 2030. El nuevo sistema de pensiones se ha transformado en una pieza clave de la economía chilena y ha tenido un importante efecto en el desarrollo de los mercados de capitales y financieros.

III. Principales Resultados

3.1 Cobertura

Todos los trabajadores asalariados, incluso los trabajadores agrícolas, empleadas domésticas y empleados de microempresas están cubiertos obligatoriamente en el nuevo sistema de pensiones, no así los trabajadores independientes que pueden afiliarse en forma voluntaria.

La evolución de la cobertura estadística (afiliados sobre fuerza de trabajo) del sistema privado de pensiones posterior a la reforma de 1980-81 está presentada en el cuadro 1. De un 38% de afiliados respecto de la fuerza de trabajo en 1981, la cobertura estadística ha aumentado sistemáticamente en los últimos 18 años, llegando sobre el 100% en 1998 (sobre cobertura, mayor número de afiliados que la fuerza de trabajo), con cerca de seis millones de afiliados al sistema de AFP. Estas cifras llaman la atención, ya que el sistema privado no cubre sobre un 30% de la fuerza de trabajo compuesta por trabajadores que cotizan al antiguo sistema de reparto, a las cajas de previsión de las Fuerzas Armadas y Carabineros, y trabajadores independientes que en su mayoría no están cubiertos por el sistema.

Una de las principales causas de la sobre cobertura es la afiliación de las mujeres, éstas presentaron un número de afiliadas mayor a la fuerza de trabajo femenina a partir de 1991. En 1998, esta proporción (cobertura estadística) alcanzó a 125% (ver cuadro 5, columna c). Si se realiza un análisis por género y edad respecto de la fuerza de trabajo o de la población, se llegan a similares conclusiones. En 1992, la sobre cobertura no sólo es presentada en mujeres sino también en hombres. Las mujeres entre 15 y 35 años presentaron una sobre cobertura de 144%,

mientras que entre 35 y 45 esta disminuyó 89%, estos antecedentes confirman que las mujeres se retiran de la fuerza laboral en el período de maternidad. Los hombres también presentaron una sobre cobertura entre las edades de 15 y 35 años de 111% en 1992. En el caso de los hombre, el número de afiliados es aún superior a la población masculina. Estas tendencias se agudizan en 1994 y 1998, situación que hace cuestionarse seriamente toda información que se deduzca de las series de afiliados del sistema privado de pensiones (Arenas de Mesa 1997).

En este contexto, la cobertura previsional debería ser medida, a no ser que se limpien y actualicen las series de afiliados, con información básicamente proveniente de los cotizantes del sistema de AFP.

El cuadro 3 muestra la cobertura ocupacional (cotizantes como proporción de los ocupados) y efectiva (cotizantes como proporción de la fuerza de trabajo) del sistema de pensiones en Chile para el período 1975-1998. La cobertura ocupacional en el antiguo sistema público de reparto aumentó constantemente y llegó a un 74,3% en 1975, sin embargo ésta disminuyó a un 59% en 1979. Con los dos programas combinados (pero con exclusión de las Fuerzas Armadas y Carabineros), la cobertura ocupacional continuó disminuyendo hasta un 56% en 1982 (en plena crisis económica). Finalmente, la cobertura ocupacional subió a 64% en 1987, y 68% en 1997. En cuanto a la cobertura efectiva esta disminuyó de 64,7% a 48,8% entre 1975 y 1981, luego aumentó a 56,4% en 1990 y a cerca de un 60% en 1998, sin alcanzar aún los niveles presentados a mediados de los años 70's (ver gráfico 1). Los motivos del descenso en la cobertura fueron el aumento en las tasas de desempleo, la ampliación del sector informal y la evasión, más correcciones estadísticas del registro por eliminación o corrección del doble conteo de los afiliados. El alza de la cobertura se debió a la recuperación económica y la disminución del desempleo durante la segunda mitad de los años ochenta y la década de los noventa (SAFP 1981 a 1998; Iglesias y Acuña 1991; Mesa-Lago 1994; Arenas de Mesa 1997).

Después de la reforma previsional en Chile, la composición de las coberturas se ha modificado substancialmente. La cobertura ocupacional fue un 33,6% para el sistema privado en 1981 y un 21,5% para el público de pensiones, ésta cambió radicalmente su composición a 58% para el sistema privado y sólo un 6,3% para el antiguo esquema de reparto en 1998. Lo mismo ocurre si observamos la cobertura efectiva (cotizantes sobre fuerza de trabajo). Esta era un 29,8% para el sistema privado y un 19% para el público en 1981, mientras que en 1998, ésta registró un 53,8% para el de capitalización individual y un 5,8% para el de reparto (ver cuadro 3).

La cobertura ocupacional según la dependencia del trabajador presenta importantes diferencias. Mientras los trabajadores dependientes presentan un cobertura ocupacional que aumenta en todo el período analizado de 51% a 66% entre 1986 y 1998, los trabajadores independientes muestran una reducida y decreciente cobertura ocupacional en el sistema privado de pensiones.

En la actualidad cerca de 1.500.000 de trabajadores independientes no está cubierto por el sistema previsional. Esto confirma que la mayor parte de la población sin cobertura se compone de los trabajadores independientes. La mayoría de los independientes afiliados son profesionales con ingresos relativamente altos, pero el grueso de los independientes informales no está cubierto en el sistema de pensiones. En 1986, sólo el 4,8% de los trabajadores independientes realizó cotizaciones en el programa privado, esta proporción disminuyó a 3,8% en 1998 (ver cuadro 4). Entre lo motivos mencionados para explicar esta baja cobertura se encuentran: (i)

afiliación voluntaria; (ii) ingresos bajos e inestables en este sector; (iii) alto porcentaje de contribuciones; y (iv) falta de incentivo para afiliarse, ya que hay alternativas gratuitas de asistencia social, tales como pensiones, servicios de salud y subsidios familiares. Para afiliarse, los trabajadores independientes tienen que inscribirse en todos los programas de seguridad social y aproximadamente la mitad de la contribución total (10 por ciento) va al programa de pensiones de vejez (Mesa-Lago 1994; Arellano 1989; Marcel y Arenas de Mesa 1991).

Otro aspecto de la cobertura del sistema de pensiones en Chile tiene que ver con la distribución geográfica de los afiliados. En 1990, el promedio país era de un 45%, y sólo tres regiones –la segunda, tercera y metropolitana– mostraban una tasa de cobertura efectiva superior al promedio, siendo la segunda región la más elevada con una cobertura superior al 50%. La cobertura efectiva regional presentó cambios en 1998. Se mantuvieron 3 regiones sobre el promedio nacional, la segunda, decimo segunda y la metropolitana, de 44.76% en 1998, sin embargo, algunas de las regiones presentaron cifras de cobertura que fueron cercanas al 30% de la fuerza laboral (ver gráfico 2).

3.2 Ahorro, Efectos Fiscales y Proyecciones de Gasto Público

La transición previsional chilena, como todo proceso de reforma previsional, involucra un período de varias décadas. El debate generado por la reforma chilena en los 80's fue necesariamente un ejercicio especulativo, en especial respecto de los impactos fiscales generados por la reforma de pensiones. Dieciocho años más tarde es posible examinar empíricamente esta reforma concentrándose el análisis en los potenciales efectos fiscales.

Después de casi dos décadas de implementada la reforma al sistema de pensiones en Chile, puede afirmarse que la reforma estructural estuvo lejos de eliminar la participación del Estado en el sistema de pensiones. En este contexto, importantes compromisos fiscales han estado presentes durante la transición de un sistema público de reparto a un sistema privado de capitalización individual. Los principales componentes del denominado déficit previsional se detallan a continuación.

3.2.1 Componentes y Evolución del Déficit Previsional en Chile: 1981-1998

Después de la reforma al sistema de pensiones de 1980-81, el Estado ha enfrentado un considerable déficit financiero, el que ha permanecido durante los últimos 18 años de funcionamiento del sistema privado de capitalización. Este déficit proviene del financiamiento directo de compromisos que el sector público mantiene en forma transitoria o permanente con el sistema de pensiones. Los componentes del déficit previsional son los siguientes:

- a. Déficit Operacional: financiamiento de la operación del antiguo sistema público de pensiones (pago de pensiones), hasta su extinción;
- b. Bonos de Reconocimiento: instrumento financiero que reconoce los años de cotizaciones en el antiguo sistema a los contribuyentes que se cambiaron al sistema privado de pensiones;

c. Pensiones Asistenciales: el pago de pensiones no previsionales (asistenciales) a los inválidos, ancianos (mayores de 65 años) indigentes y a los indigentes y/o carentes de previsión;

d. Pensiones Mínimas: la garantía estatal de las pensiones mínimas del sistema privado de pensiones; y

e. Déficit Previsional Militar: el financiamiento de la operación del antiguo sistema de pensiones de las Fuerzas Armadas y Carabineros.

El Déficit Operacional y los Bonos de Reconocimiento tienen en común ser compromisos fiscales transitorios que fueron originados directamente por la reforma al sistema previsional de 1980-81. La transición se extenderá en el primer caso hasta el año 2050 y en el segundo hasta el año 2038 (Arenas de Mesa y Marcel, 1993; Pini, 1999).

Las Pensiones Asistenciales y el Déficit Previsional Militar son compromisos fiscales con el antiguo sistema de pensiones, por su parte las Pensiones Mínimas son compromisos del Estado con el nuevo sistema de AFPs. Tanto las Pensiones Asistenciales, el Déficit Previsional Militar y la Garantía Estatal de Pensiones Mínimas del sistema de AFPs, son gastos previsionales a ser cubiertos por el fisco en forma permanente. El déficit previsional militar es considerado, a pesar de que éste no fue causado por la reforma al sistema de pensiones de 1980-81, sin embargo, es parte de los compromisos fiscales que el Estado mantiene en el sistema de pensiones chileno.

El cuadro 6 resume la evolución de los compromisos fiscales que dan origen al déficit previsional chileno para el período 1981-1998.

3.2.2 Déficit Operacional

Durante la transición previsional desde un sistema de reparto a un modelo de capitalización individual la principal fuente del déficit previsional tiene su origen en el desequilibrio financiero proveniente de la operación del antiguo sistema. En 1980, el antiguo sistema pagaba más de 1 millón de pensiones y tenía 1,7 millones de contribuyentes. Esto generaba un déficit de 1,7% del PIB (Marcel y Arenas de Mesa 1991). Con la reforma al sistema de pensiones, cerca de 1,2 millones de contribuyentes se traspasaron al nuevo sistema entre 1981 y 1982, lo que generó un déficit operacional de 6% del PIB en 1982, el cual ha sido financiado con fondos públicos. Después de 1984, el déficit operacional creció a menores tasas que el producto debido al fuerte crecimiento económico y a la lenta disminución de beneficiarios pasivos del antiguo sistema. Como resultado de lo anterior, el déficit operacional disminuyó de 6,9% a 4,3% del PIB entre 1984 y 1992. Esta tendencia debería continuar; sin embargo, los beneficios previsionales entregados por el gobierno en la década del los 90s han mantenido estable el déficit operacional, así éste déficit alcanzó un 4,3% del PIB en 1998 (ver cuadro 6).

3.2.3 Bonos de Reconocimiento

Los Bonos de Reconocimiento consisten en una transferencia lump-sum que el Estado paga a los afiliados al momento de cumplir los requisitos para pensionarse, reconociendo los

derechos adquiridos por los años de contribuciones realizadas, de los asegurados del antiguo sistema que se trasladaron al sistema de capitalización individual. Los BR representan un compromiso del Estado con los imponentes del antiguo sistema público de reparto que, previo a la reforma previsional de 1980-81, tenía sólo un carácter implícito y que en el presente es explícito. El cambio más sustancial a este respecto, no es la existencia de un compromiso fiscal, sino la magnitud de éste y el perfil temporal en que debe hacerse efectivo (Arenas de Mesa y Marcel 1993).

La modalidad de pago de los BR implica para el Estado una carga adicional, ya que al presentar los afiliados distintas esperanzas de vida existe un importante traspaso de recursos desde el Estado hacia las AFPs y compañías de seguros. El gasto en BR está creando importantes presiones sobre las finanzas públicas. Este promedió un gasto público anual de 0,7% del PIB en el período 1990-1998 y las proyecciones indican que continuará creciendo en la próxima década (ver cuadros 6 y 8).

3.2.4 Pensiones Asistenciales

El sistema público de pensiones en Chile otorga más de 1,3 millones de pensiones mensuales, de las cuales más de 350.000 beneficios son pensiones asistenciales (PASIS). Estas últimas, desde su creación en 1975, fueron diseñadas para beneficiar a la población carente de previsión y de escasos recursos, tradicionalmente desprotegida de beneficios previsionales. Entre estos sectores se encuentran los trabajadores por cuenta propia, parte de los trabajadores rurales así como los asalariados del sector informal. La cobertura de las pensiones asistenciales ha crecido significativamente entre 1975-1999; sin embargo, la demanda potencial aún no es cubierta completamente, siendo éste uno de los esfuerzos prioritarios de la actual administración junto con la focalización en la entrega de este beneficio, la que en los últimos años ha mejorado, atendándose así a una mayor proporción de población indigente (Arenas de Mesa 1999).

El gasto público en PASIS se incrementó sostenidamente, más de 4 veces, pasando de US\$ 75 millones en 1981 a US\$ 305 millones en 1998. Esto fue consistente con la evolución de la cobertura y del valor unitario promedio de las PASIS en el período (cuadro 6). El gasto en PASIS promedió anualmente un 0,4% del PIB entre 1981 y 1998 (ver cuadro 6). El gasto público o compromiso fiscal en pensiones asistenciales se ha transformado en un importante gasto corriente para el Gobierno Central. A modo de ilustración el presupuesto de PASIS en 1999 es equivalente a 6 veces el presupuesto de todos los programas de capacitación del Ministerio del Trabajo ejecutados por el Servicio Nacional de Capacitación y Empleo, y más de 7 veces el presupuesto de todos los programas del Fondo de Solidaridad e Inversión Social (FOSIS) del Ministerio de Planificación.

3.2.5 Pensiones Mínimas

El sistema de capitalización individual ofrece una garantía estatal de pensiones mínimas a todos los afiliados que presenten 20 o más años de cotizaciones y que con sus fondos acumulados no pueden financiar una pensión básica determinada por el Estado. La pensión mínima es la misma en el antiguo y nuevo sistema, y el gobierno, sobre la base de la inflación pasada, periódicamente ajusta el valor de este beneficio. Al observar la relación entre el valor

de la pensión mínima y el salario mínimo se ve que la pensión mínima ha estado creciendo a mayores tasas que el salario mínimo en las últimas dos décadas. Así, el gasto en pensiones mínimas también debería expandirse por esto y otras causales.

La garantía estatal en pensión mínima se hace efectiva una vez que el fondo de pensiones se agota, así este compromiso fiscal se demora en hacerse efectivo un par de años, después de que los afiliados califican para tal beneficio. El cuadro 6, muestra que el gasto en pensiones mínimas ha aumentado sostenidamente y conforme el sistema privado madure, éste seguirá creciendo debido al aumento en el número de pensionados. Este gasto ha promediado anualmente un 0,01% del PIB en 1981-1998. En 1998 la garantía estatal representó US\$ 25 millones y, en el Presupuesto de 1999, está estimado un gasto de US\$ 33 millones.

La futura evolución de las responsabilidades fiscales en pensiones, como veremos más adelante, depende crucialmente de la evolución del gasto en pensiones mínimas, el que representa un compromiso permanente del Estado con la reforma previsional, que en forma impensada puede generar pasivos fiscales de gran envergadura.

3.2.6 Déficit Previsional Total

El déficit previsional se compone del déficit previsional civil y militar. El primero está formado por el déficit operacional, los bonos de reconocimiento, las pensiones asistenciales y las pensiones mínimas, en tanto que el segundo proviene de la operación de las antiguas cajas de previsión de las Fuerzas Armadas y Carabineros, sector que no fue incluido en la reforma previsional de 1980-81. Estimaciones indican que el déficit previsional militar promedió anualmente 1,5% del PIB entre 1981 y 1998, lo que sumado al déficit operacional civil -que promedió 3,4% del PIB-, generaron un déficit operacional para el mismo período de 4,9% del PIB. El cuadro 6 muestra que el desequilibrio fiscal generado por la reforma al sistema de pensiones ha sido sustancial. Entre 1981 y 1998 el déficit previsional en Chile promedió 5,7% del PIB. Este promedio se compara con el déficit previsional de 2,4% del PIB entre 1974-1980, período anterior a la reforma del sistema de pensiones.

3.2.7 Ahorro/Déficit Nacional Neto Generado por la Reforma de Pensiones

La forma en que el gobierno financie el déficit previsional generado por la reforma del sistema de pensiones es uno de los factores más importantes que determinará las diferentes sendas de acumulación de capital y efectos distributivos inter e intra generacionales durante la transición desde un sistema de pensiones público de reparto a uno de capitalización plena individual (Arellano 1985; Arrau 1991; Kotlikoff 1996).

Al comparar el ahorro proveniente de los fondos de pensiones y el déficit asociado a la reforma del sistema de pensiones (ver cuadro 7) podemos estimar, en un análisis de equilibrio parcial (ejercicio contable) el efecto neto sobre el ahorro de la introducción de un sistema privado de pensiones. En el período 1981-98 la reforma al sistema de pensiones creó un déficit que, en promedio, dobló el flujo de ahorro privado generado a través de los fondos de pensiones. Esto resultó en un efecto neto de reducción del ahorro que promedió 3% del PIB. El desahorro neto aumentó de 2,9% a 5,7% del PIB entre 1981 y 1984, sin embargo, este

disminuyó continuamente hasta 0,9% del PIB en 1996 y seguramente se convertirá en ahorro neto a partir de 1998.

La capacidad de sostener esta evolución de ahorro neto en el futuro va a estar determinada básicamente por la evolución del déficit previsional, ya que el ahorro neto generado por los fondos de pensiones tenderá a estabilizarse como porcentaje del PIB cuando, entre otros factores, la cobertura del nuevo sistema también se estabilice.

El déficit previsional provocado por la reforma a la seguridad social en Chile estuvo acompañado por un ajuste efectivo en el balance del Gobierno Central que no incluye pensiones. Entre 1981 y 1982, cuando el déficit previsional creció de 3,8% a 6,4% del PIB, el superávit corriente del sector público disminuyó de 3,9% a -0,9% del PIB. Luego, el ahorro público sistemáticamente creció promediando un ahorro público anual de 4,6% del PIB en la década de los 90's. Esto último ha sido señalado como un logro sobresaliente de la economía chilena; sin embargo, si a esto se agrega el financiamiento público del déficit previsional (ver cuadro 7, columna 4) el esfuerzo del gobierno resulta aún mayor que las cifras de ahorro público. El ahorro público no previsional promedió 8% del PIB en 1981-1996, y creció 2,2% del PIB entre los promedios anuales de 1981-89 y 1990-96. En otras palabras, las finanzas públicas en los 80's han absorbido no sólo el efecto de una grave crisis económica, sino también el financiamiento del déficit generado por la reforma al sistema de pensiones. En los 90's el ahorro público creció más allá, y no gracias a la moderada disminución del déficit previsional (Arrau 1996; Arenas de Mesa y Marcel 1999).

Los sistemas de pensiones necesitan más de 40 años para madurar, antes de esta fecha será difícil determinar los efectos permanentes en las finanzas públicas y la economía de la reforma del sistema de pensiones. Las cifras presentadas más arriba, sin embargo, señalan que en conjunto con los beneficiosos efectos sobre el desarrollo de los mercados financieros y de capitales, la privatización del sistema de pensiones provocó, al menos durante la transición previsional, un sustancial déficit que está siendo financiado por el Estado. En este contexto, el incremento del ahorro doméstico en la economía chilena que ha sucedido durante este período puede ser explicado por la sistemática absorción del déficit previsional por parte del sector público. El supuesto éxito de la reforma en aumentar el ahorro doméstico en Chile se debe más a la disciplina fiscal que a la administración privada del sistema de pensiones.

3.3 Proyecciones del Déficit Previsional en Chile: 1999-2037

A medida que el sistema de capitalización individual de pensiones madure no sólo el tamaño, sino también la composición de los compromisos fiscales con el sistema de pensiones va a ser modificado. Por definición, los componentes transitorios del déficit previsional -el déficit operacional y los bonos de reconocimiento- van a desaparecer gradualmente. Al contrario, los componentes permanentes del déficit como la garantía estatal en pensiones mínimas, van a aumentar conforme el sistema privado madure, en tanto que el déficit previsional militar y las pensiones asistenciales van a evolucionar de acuerdo a las decisiones de política del gobierno.

El cuadro 8 presenta la proyección del déficit previsional civil para el período 1999-2037 (Arenas de Mesa 1999b). Esta tabla resume un extenso trabajo desarrollado por el Departamento de Estudios de la Dirección del Presupuestos del Ministerio de Hacienda de

Chile en los últimos años y que aún está en proceso de desarrollo e investigación. En este contexto, las cifras presentadas deben ser consideradas como resultados preliminares.

Las proyecciones presentadas en el cuadro 8 muestran que el compromiso fiscal con el sistema de pensiones se mantendrá elevado en las próximas 4 décadas. Esto confirma que las estimaciones del impacto fiscal de la reforma previsional en Chile realizadas al tiempo de la reforma (década de los 80's), fueron relativamente conservadoras y subestimaron en forma substancial los efectos fiscales de la privatización del sistema de pensiones (ver cuadros 7 y 8).

A continuación se detallan brevemente los resultados de las proyecciones de los componentes del déficit previsional chileno para el período 1999-2037. La proyección de pensiones asistenciales se encuentra en su primera fase y ha sido incluida sólo con carácter provisional. Además, las estimaciones para el gasto público generado por las antiguas cajas de previsión de las Fuerzas Armadas y Carabineros no han sido incluidas debido a que este modelo se encuentra en sus primeras etapas de estimación.

3.3.1 Déficit Operacional

La proyección del déficit operacional está realizada sobre la base de una reestimación del estudio de Pini (1999). La diferencia entre los ingresos y gastos previsionales es el resultado del déficit operacional. El déficit operacional se estima promediará US\$2.513 millones en los próximos 10 años, disminuyendo a partir del año 2002; a diferencia de otras estimaciones, que presentaban este compromiso fiscal reduciéndose a finales de esta década. En términos del producto, el déficit operacional disminuirá de 3,2% a 2,0% del PIB entre 1999 y el año 2010, siendo aún en el año 2020 un 1% del PIB. Así promediará anualmente un 1.4% del PIB entre 1999 y 2037 (ver cuadros 7 y 8).

3.3.2 Bonos de Reconocimiento

La proyección del compromiso fiscal en bonos de reconocimiento se realizó sobre la base de una reestimación del trabajo de Arenas de Mesa y Marcel (1993). El compromiso fiscal en bonos de reconocimiento es el componente del déficit previsional que menores fluctuaciones respecto de las proyecciones de gasto debería tener en el período 1999-2037. El stock de bonos a pagar (número y valor) es conocido. Así, el gasto público anual (flujo) sólo puede variar en función de las tasas de mortalidad y siniestro de la población beneficiaria.

El gasto en bonos de reconocimiento crecerá de US\$788 millones a US\$1.384 millones entre 1999 y el año 2009 y luego disminuirá paulatinamente hasta su extinción en el año 2034. Este compromiso promediará un gasto anual de US\$614 millones entre 1999-2037. Los bonos de reconocimiento representan cerca del 1% del PIB en el Presupuesto de 1999 y se estima que el mayor gasto por este compromiso fiscal será cuando éste alcance un 1.3% del PIB en el año 2005. La próxima década será donde se concentrará el mayor gasto público en bonos de reconocimiento promediando un 1.2% del PIB entre 1999 y 2008 (ver cuadro 8, Arenas de Mesa y Marcel 1993)

3.3.3 Pensiones Asistenciales (PASIS)

Las estimaciones del gasto público en pensiones asistenciales están realizadas en base al trabajo de Arenas de Mesa (1999a). Una proyección del gasto público en PASIS de largo plazo (40 años) debería modelar la demanda potencial por PASIS que estará radicada tanto en la población indigente y pobre mayor de 65 años, los potenciales afiliados al sistema de AFPs que no cumplirán los requisitos para obtener una pensión mínima garantizada por el Estado, y el comportamiento de la fuerza de trabajo independiente que no está cubierta (obligatoriamente) por el sistema de pensiones. El modelo de proyección también debería considerar algún tipo de supuestos con respecto a las tasas de siniestralidad (invalidez) y a la modelación del stock actual de beneficiarios de PASIS. Finalmente, en un contexto de equilibrio general, el modelo debería relacionar crecimiento económico y pobreza e indigencia, que son las principales demandas potenciales para este programa público asistencial (Arenas de Mesa 1999a). Este proyecto de investigación se encuentra en desarrollo, aunque en este contexto, las estimaciones presentadas en el cuadro 8, son un primer borrador de proyecciones de gasto público en PASIS.

La proyección presentada del gasto público en pensiones asistenciales (GPASIS) considera una estimación del número (NPASIS) y valor promedio de las pensiones asistenciales (VPASIS) a pagar cada año. Tanto el número como el valor de las pensiones asistenciales son fijados por el Gobierno Central. El número se modifica cada año con los nuevos cupos otorgados por el gobierno y el valor está fijado por ley, que el propio gobierno puede modificar con la aprobación de una ley en el Congreso.

El gasto público en PASIS aumentará de US\$ 319 a US\$ 520 millones entre 1999 y el año 2010, triplicándose en el período 2010 y 2037, alcanzando en este último año más de US\$ 1.670 millones. El gasto promedio anual que arroja la proyección fue US\$ 824 millones o 0.5% del PIB para el período 1999-2037 (ver cuadro 8).

Al comparar las proyecciones de gasto público en PASIS realizadas por Ortúzar (1988) y las estimaciones de Arenas de Mesa (1999b) se encuentran substanciales diferencias. Los resultados de Arenas de Mesa (1999b) indican que el valor presente (utilizando una tasa de descuento de 7%) de los compromisos fiscales en pensiones asistenciales para el período 1999-2015 alcanzará a US\$ 4.233 millones, cifra que triplica las estimaciones realizadas por Ortúzar (1988) una década atrás. Las principales diferencias se explican por el crecimiento en la cobertura y en el valor de las PASIS que respecto de la década de los 80's han experimentado las pensiones asistenciales en la década de los 90's.

La estimación de gasto público en PASIS, sin embargo, es aquella que pudiera presentar más varianza ya que tanto el número de cupos PASIS, como el valor promedio son variables que dependen directamente de la autoridad y, por tanto, es posible suponer diferentes escenarios de política para proyecciones de gasto público.

3.3.4 Pensiones Mínimas

La estimación del gasto fiscal de la garantía estatal en pensiones mínimas del sistema de AFPs fue sobre la base de la investigación de Hernández y Arenas de Mesa (1999). El gasto fiscal en

pensiones mínimas consideró numerosos supuestos sobre variables tales como la tasa de retorno de los fondos de pensiones, el crecimiento de los salarios reales, la densidad de cotización de los afiliados, el valor de la comisión fija, el valor de la pensión mínima y su tasa de crecimiento, la esperanza de vida, el número de dependientes y el sexo.

El gasto público en pensiones mínimas es un compromiso permanente y creciente en el tiempo para el Estado. La proyección muestra que el gasto se incrementará de US\$ 33 millones en 1999 a US\$ 353 millones en el año 2010. Este gasto fiscal seguirá creciendo a tasas significativas después del año 2010 alcanzando más de US\$ 1.000 millones en el año 2020 y cerca de US\$ 4.500 millones en el año 2037. El gasto en garantía estatal crecerá desde 0,04% del PIB en 1999 a 0,3%, 0,6% y 1,3% del PIB en los años 2010, 2020 y 2037 respectivamente, y medido en valor presente (descontado al 7%) es equivalente a 10,9% del PIB. Este compromiso fiscal es substancialmente superior al gasto proyectado por Ortúzar (1988), Wagner (1991) y Zurita (1994).

Las estimaciones realizadas muestran un 52% de los pensionados del sistema privado de pensiones calificarán para pensiones mínimas, siendo esta proporción un 67% para las mujeres y 42% para los hombres. De esta manera, el gasto fiscal en pensiones mínimas se concentra un 72% en mujeres (ver cuadro 13). De confirmarse estas cifras en el futuro, implicarían a que la pensión mínima financiada plenamente con recursos públicos jugará un rol impensado y fundamental en el sistema de pensiones de capitalización individual plena administrado por el sector privado.

La pensión mínima será importante no sólo por los compromisos fiscales que pueda originar, sino también por los efectos que genere en las decisiones de los afiliados al sistema privado de pensiones. La pensión mínima representa un umbral al cual todo lo que los afiliados realicen por bajo éste implica un menor compromiso fiscal requerido para financiar la garantía estatal de la pensión mínima. En este contexto los afiliados que estén cercanos a este umbral de la pensión mínima podrían estar incentivados a realizar subdeclaraciones de ingresos en el pago de cotizaciones o migrar al sector informal, incrementando el costo fiscal en pensiones mínimas.

En el cuadro 13, se presentan otros escenarios de simulación del gasto fiscal en pensiones mínima los que difieren del escenario base en la tasa de rentabilidad de los fondos de pensiones: 3% (escenario pesimista) y 5% (escenario optimista).

El escenario pesimista presenta que el valor presente de la deuda en pensiones mínimas es 12,3% del PIB, un 58% de los afiliados recibe pensiones mínimas, un 72% de las afiliadas mujeres y 49% de los afiliados hombres. El gasto se concentra un 71% en las mujeres.

El escenario pesimista muestra que el valor presente del gasto en pensiones mínimas es 9,5% del PIB. El 44% de los afiliados califica para pensiones mínimas, de las afiliadas mujeres el 59% y un 35% de los afiliados hombres califica para garantía estatal de pensión mínima. El gasto sigue concentrándose un 73% en mujeres, aún más que en el escenario base ya que proporcionalmente más hombres dejan de percibir la pensión mínima que mujeres al aumentar la tasa de rentabilidad.

La variable más sensible del modelo es el valor de la pensión mínima, es decir, el crecimiento real anual que tendrá este beneficio en los próximos 40 años. El escenario que no considera crecimiento de la pensión mínima respecto del escenario base que considera un 2% de crecimiento real anual, difieren en más de 5% del PIB en la estimación de valor presente de los compromisos fiscales (Hernández y Arenas de Mesa 1999).

3.3.5 Déficit Previsional Civil en Chile: 1999-2037

La evolución del déficit previsional civil como porcentaje del PIB asumiendo que el PIB crece a una tasa constante de 4% anual en todo el período muestra que el déficit previsional civil creció de 4.4% a 4.7% del PIB en 1998-99 y a 4.8% del PIB en el año 2001. Luego continuará creciendo a menores tasas que el PIB y así disminuirá a 3.9%, 2.3% y 2.0% del PIB en los años 2010, 2020 y 2037 respectivamente. El gasto promedio anual del déficit previsional será de 1,4% del PIN entre 1999 y el año 2037 (ver cuadro 8).

La proyección del compromiso fiscal en el sistema de pensiones se mantendrá elevada como porcentaje del PIB por varias décadas. Si a esta proyección se agregara el déficit de las antiguas cajas de previsión de las Fuerzas Armadas y Carabineros, el déficit previsional total estará por sobre el déficit público, incluso después de 40 años de implementada la reforma de pensiones, muy lejos de los resultados esperados relacionados con la supuesta recuperación actuarial y financiera en que se encontraría el nuevo sistema de pensiones respecto de la situación que enfrentaba el antiguo sistema público de reparto. La estimación de gasto fiscal promedio anual que genera del déficit previsional total, incluyendo el déficit militar, alcanza a 4.3% del PIB entre 1999 y el año 2037 (ver cuadro 8).

El compromiso fiscal generado por el déficit previsional civil medido como valor presente (descontado al 7%) es cerca de US\$ 57 mil millones, 75% del PIB o 10 veces la deuda pública externa total de 1998².

Estos resultados difieren fuertemente de aquellos estimados al momento de la reforma de pensiones. Mientras las estimaciones originales indicaban que en el año 2015 el déficit llegaría a 2.0% del PIB, recientes estimación presentan que el déficit previsional civil alcanza un 3.2% del PIB en el año 2015 y en el año 2037, aún se supera el 2% del PIB (Ortúzar 1988; Arenas de Mesa 1999b).

3.4 Efectos Distributivos

3.4.1 Discusión Teórica

En la teoría económica, hay una carencia de consenso en la relación entre distribución del ingreso y el sistema de pensiones de capitalización individual (Arenas de Mesa 1997).

Karni y Zilcha (1989) en uno de los pocos estudios teóricos sobre el impacto de la introducción de un sistema privado sobre los efectos distributivos, concluyen que este aumenta las inequidades en la distribución del ingreso. Ellos, basados en un modelo de generaciones

² Se incluye en la deuda pública total al sector público financiero y no financiero.

traslapadas de dos períodos con oferta de trabajo endógena demostraron que la introducción de un sistema de capitalización individual reduce la oferta de trabajo y por lo tanto, la acumulación de capital. La acumulación de ambos efectos empeora la distribución del ingreso en un equilibrio de largo plazo.

Corsetti y Schmidt-Hebbel (1995), sin embargo, también usando un modelo de generaciones con crecimiento endógeno demuestran que la introducción de un sistema de capitalización individual podría aumentar la acumulación de capital y el crecimiento de la economía. No obstante, el impacto de largo plazo de la reforma de pensiones no puede ser inambiguamente determinado debido al grado de eficiencia del mercado laboral y percepciones individuales.

Valdés-Prieto y Cifuentes (1993), usando un modelo similar de equilibrio general pero con restricciones al crédito, muestran que el sistema privado tiende a mejorar el bienestar. Los autores sin embargo discuten que el efecto bienestar puede no ser una política Pareto-Superior.

Algunos autores han discutido que es posible una transición Pareto-Superior desde un esquema público a uno privado de capitalización individual (Breyer, 1989; Homburg, 1990; Breyer y Straub, 1993). Sus argumentos están basados en reconocer que las contribuciones del sistema que las contribuciones del sistema público son proporcionales al ingreso laboral (impuesto sobre el ingreso laboral), y pueden, por lo tanto, distorsionar las decisiones trabajo-ocio. La transición eliminaría estas distorsiones y por lo tanto generaría una transición Pareto-Superior.

Bruner (1996), basado en el mismo modelo de generaciones traslapadas con agentes heterogéneos demuestra que la introducción del esquema de capitalización individual no generara un equilibrio Pareto-Superior, porque cualquier instrumento aplicado al financiamiento de pensiones en la fase de transición involucra redistribución intra generacional.

3.4.2 Caso de Chile

Como se ha discutido, una de las principales características de un sistema de reparto es su capacidad para redistribuir ingresos intra e inter generacionalmente. En Chile, el sistema público de reparto no estuvo ausente de críticas respecto de sus efectos redistributivos. De acuerdo a lo señalado por Mesa-Lago (1978, 1989) los beneficios que fueron hacia los grupos más beneficiados fueron indirectamente financiados (vía incrementos en precios e impuestos) por quienes no estaban asegurados. Otro estudio de los efectos redistributivos del sistema de reparto mostraron que el sistema era moderadamente progresivo. Ambos puntos de vista no necesariamente son opuestos. Los privilegios disfrutados por grupos relativamente pequeños y los regímenes especiales para los grupos poderosos fueron ciertamente inequidades del sistema de reparto. Sin embargo, los efectos agregados del sistema pueden haber sido moderadamente progresivos (Marcel y Arenas de Mesa 1991). La privatización del sistema de pensiones en Chile terminó con cualquier efecto redistributivo que el antiguo sistema pudo generar.

3.4.3 Efectos progresivos: Condiciones de Acceso y Beneficios

El esquema público fue reformado en 1979 previo a su privatización en los siguientes aspectos: (i) estandarización de la edad de jubilación para mujeres a los 60 años y hombres a los 65; (ii) eliminación de algunos privilegios tales como las llamadas pensiones "perseguidoras" (cuyo monto era ajustado con el salario del asegurado previo a su jubilación) y pensiones de antigüedad (beneficios pagados por años de contribuciones sin importar la edad). Estas reformas generaron efectos progresivos en el sistema público y fueron un paso preliminar a la reforma del sistema de pensiones de 1980-81.

En el programa privado las condiciones de acceso y la reglamentación de pensiones son uniformes. La pensión de vejez exige 65 años en los hombres y 60 en las mujeres. La jubilación anticipada está permitida siempre que el fondo acumulado personal del asegurado baste para financiar una pensión superior al 50% del promedio de ingresos del asegurado en los diez últimos años y sea igual a 110%, a lo menos, de la pensión de vejez mínima. El fondo para pensión de vejez se compone de: las contribuciones netas del asegurado (una vez descontada la comisión fija de la AFP), un Bono de Reconocimiento del Estado, los retornos correspondientes a la inversión, y posibles depósitos en la cuenta de ahorros voluntaria.

El programa público es menos restrictivo para conceder la pensión mínima, ya que sólo exige 15,3 años de afiliación y 7,7 años de contribuciones para los hombres, y 9,6 años de afiliación sin requisitos de contribuciones para las mujeres. Los menores requisitos que gozaban las mujeres respecto de los hombres forman parte de la discriminación "positiva" en favor de las mujeres del programa público de pensiones. Los asegurados desempleados y los trabajadores a tiempo parcial tienen derecho a cobertura de invalidez y muerte, así como a la pensión mínima, durante un año después de su despido, siempre que hayan acumulado contribuciones por seis meses durante el año anterior.

En una comparación del nivel promedio de pensiones en el programa público y en el privado se apreció que, en 1991, la privada era mayor que la pública en 43%, respecto de las pensiones de vejez (US\$ 149 mensuales), 100% en invalidez (US\$ 206) y 46% en caso de muerte (US\$ 92). La validez de este cálculo a largo plazo se ha puesto en duda por varios motivos: (i) ese año los pensionados en el programa privado representaron un 10% del total de pensionados, mientras que los del programa público constituían un 90% del total; (ii) las pensiones actuales del programa privado no serán necesariamente representativas de las que pagará en el futuro, ya que los fondos acumulados y el monto de las pensiones dependerán estrechamente del valor del bono de reconocimiento financiado por el Estado y del incierto rendimiento de la inversión; y (iii) las diferencias en el monto de las pensiones pueden explicarse, entre otros factores, por diferencias entre remuneraciones imponibles. En 1987, el promedio de pensiones de las fuerzas armadas (parte del programa público) fue cuatro veces más alto que las pensiones promedio del programa privado (Mesa-Lago y Arenas de Mesa 1999).

3.4.4 Efectos Regresivos: Inequidades en Cobertura, Salarios y Género

Los trabajadores asalariados están cubiertos obligadamente en el sistema de capitalización individual, sin embargo, los trabajadores independientes pueden voluntariamente unirse a dicho sistema. El cuadro 4 muestra el grado de cobertura para los trabajadores dependientes e

independientes en el sistema privado. Se puede apreciar que la cobertura ocupacional es significativamente más baja en el sector independiente, además de haber permanecido relativamente constante durante los últimos 10 años. Por otro lado, respecto del sector dependiente, la cobertura además de ser más casi 20 veces más que en el sector independiente, ésta ha ido creciendo en el tiempo.

En el sistema privado, las pensiones son determinadas principalmente por la acumulación de capital y por la esperanza de vida o factor de anualidad. La diferencia de pensiones entre trabajadores de bajos y altos ingresos resulta de la diferencia de capital acumulado en las cuentas individuales, lo que a su vez depende de los siguientes factores: (i) nivel de salario, (ii) años de contribuciones, (iii) tasa real de retorno de los fondos de pensión; (iv) la comisión fija cobrada por la administradora de los fondos y (v) el Bono de Reconocimiento durante la transición.

Salarios altos, años de contribuciones, tasas de retorno y bonos de reconocimiento generan una alta acumulación de capital, pero también altas comisiones fijas llevan a una baja acumulación de capital. Todas estas variables dependen del nivel de los salarios. Salarios altos están positivamente correlacionados con años de alta contribución, además, los trabajadores de altos ingresos se benefician de una mayor tasa de retorno, una comisión fija proporcionalmente menor y mayores bonos de reconocimiento.

El principal factor explicativo de las diferencias en las tasas de rentabilidad real de trabajadores de distintos niveles de ingreso son las comisiones cobradas a los afiliados por las AFPs. El cuadro 9 muestra la tasa real anual de retorno obtenida por los trabajadores de bajos y altos ingresos.

Esto nos lleva a las siguientes conclusiones: (i) la tasa real de retorno de las cuentas individuales es menor que el retorno global de los fondos de pensiones, debido al descuento de las comisiones de estos; (ii) los trabajadores de bajos ingresos obtienen una menor tasa de retorno que los de altos ingresos debido al efecto de la comisión fija; (iii) a pesar del retorno positivo global de los fondos de pensiones en 1981 y 1984, los trabajadores de bajos ingresos presentaron retornos negativos reales en aquellos años; y (iv) la diferencia acumulada entre la tasa de retorno entre trabajadores de altos y bajos ingresos.

La evaluación de la reforma al sistema de pensiones en términos de su impacto fiscal de mediano y largo plazo, debe considerar la variable género. El gasto público del déficit previsional civil se concentra en un 57% en mujeres en 1999 y según estimaciones este aumentará a 67% en el año 2037 (ver cuadro 12).

La experiencia del caso chileno indica que la privatización del sistema de pensiones tiene un impacto diferenciado entre hombres y mujeres. El sistema de pensiones de capitalización individual ha incorporado en mayor o menor medida la lógica de los sistemas privados de seguros, en que los afiliados perciben beneficios de acuerdo al nivel individual de riesgo.³ Al

³ En un sistema público de reparto el riesgo es cubierto por todos los asegurados sin diferenciación de sexo, esto es una de las características principales de un seguro social. En un sistema de pensiones que considera parcial o

hacer este un sistema obligatorio, se han generado consecuencias no esperadas, especialmente en lo que respecta al bienestar de las mujeres, sus hijos, la economía familiar y el impacto en las finanzas públicas (Arenas de Mesa y Montecinos 1999).

Otro sustancial e importante cambio que ha estado materializándose en estas últimas décadas es la incorporación de la mujer en el mercado del trabajo y al mercado de las pensiones. En Chile, la tasa de participación femenina en el mercado laboral ha crecido de 20% a 33% entre 1950 y 1998, así también la participación de las mujeres en el sistema de pensiones ha aumentado, del total de afiliados las mujeres han crecido su participación de 25% a 41% entre 1981 y 1998, y las cotizantes femeninas han aumentado de 33% a 47% de la fuerza de trabajo femenina entre 1985 y 1998 (ver cuadro 11).

En este marco de referencia, el estudio de las pensiones y la protección social de las mujeres se hará cada vez más importante al menos por las siguientes razones: (i) el masivo proceso de reformas a los sistemas de pensiones en América Latina, el cual no ha considerado la dimensión de género, sin embargo, este proceso de reformas genera, según recientes estudios, efectos diferenciados en el bienestar de hombres y mujeres; (ii) la creciente participación femenina en el mercado del trabajo, y por tanto la participación de ésta como beneficiario directo en el mercado de pensiones; (iii) el impacto del proceso de transición demográfica es particularmente notable en la población femenina, incrementándose la esperanza de vida y, por tanto, el número de futuras pensionadas; y (iv) el costo fiscal de la reforma previsional se concentra significativamente en las mujeres, tanto en el período de transición de un sistema de pensiones a otro, como en los efectos permanentes futuros del sistema de pensiones reformado.

3.4.5 Sistemas de pensiones reformados y género

Las reformas a los sistemas de pensiones transforman el esquema público de reparto, el cual era neutral en cuanto a género, ya que en los cálculos de los beneficios previsionales no habían diferencias por sexo, en un sistema de pensiones en donde las diferencias de género son explícitas al calcular los beneficios previsionales.

Un estudio de la seguridad social de EE.UU. (Cubeddu 1994), muestra que las mujeres se benefician más que los hombres en un sistema de pensiones público de reparto. Estas realizan las mismas cotizaciones que los hombres pero gozan de beneficios previsionales por una mayor cantidad de años debido a la mayor expectativa de vida. En los sistemas públicos de reparto de América Latina las mujeres se retiran a una edad más temprana que los hombres (generalmente 5 años en promedio), incrementándose la tasa de retorno que las mujeres perciben en un sistema público de pensiones.

En países desarrollados el tema de la igualdad de tratamiento por sexo en la seguridad social ha sido enfatizado en los últimos años. Tópicos como las diferencias de edad de retiro, crédito en años cotizados para las mujeres que cuidan a los niños y ancianos, cobertura para las mujeres que trabajan en la casa, en trabajos part-time, servicio doméstico, o en trabajos

completamente un sistema de capitalización individual el riesgo es asumido individualmente y diferenciado por sexo.

estacionales como la agricultura, han sido discutidos e incorporado en las reformas a los sistemas de seguridad social mejorando la equidad entre hombres y mujeres en la década de los noventa (ILO 1993).

En contraste a lo anterior, la ausencia de la dimensión de género en seguridad social es dramática en nuestra región. Ausente de la discusión y de los estudios realizados está el tema de la seguridad social y las mujeres, el cual adquirirá cada vez mayor importancia en la región debido a los numerosos sistemas previsionales que se están reformando. Hasta ahora, sin embargo, la dimensión de género no ha sido considerada en los análisis del caso chileno ni en los debates y diseño de políticas de otros procesos de reforma de pensiones en la región (Arenas de Mesa y Bertranou 1997).

Debido a la falta de conocimiento adecuado sobre los cambios en el papel que juegan mujeres y hombres en la articulación entre mercado y economía doméstica, las políticas públicas a menudo no reflejan las especificidades que los beneficiarios de esas políticas enfrentan. Aunque la experiencia de cada día indica claramente que hay pautas culturales e institucionales que distinguen las responsabilidades, obligaciones y necesidades de hombres y mujeres, tanto en sus roles públicos como privados, poco se ha estudiado el impacto diferencial que las acciones del Estado tienen en una y otra categoría (Montecinos 1997).

Obviamente no es realista asumir que porque los encargados de formular políticas públicas tienden a ignorar la distinción de género, las políticas que ellos diseñan tienen efectos neutros en su aplicación. Así también, en el proceso de reformas a los sistemas de pensiones la dimensión de género no ha sido un tema discutido con la profundidad necesaria en los ámbitos gubernamentales, académicos y políticos, en parte por el desconocimiento en general de la población, y especialmente de las mujeres respecto del funcionamiento de los nuevos sistemas de pensiones, así como también por el disminuido espacio que ha tenido en los estudios de sistemas de pensiones reformados el tema de equidad de género.

3.4.6 Diferencias de género en el mercado de pensiones chileno

El sistema privado de pensiones modificó sustancialmente las condiciones en que hombres y mujeres acceden al beneficio de pensiones. También se incrementó el impacto de las inequidades de género del mercado del trabajo en el mercado de las pensiones. Los factores que explican la nueva situación tienen que ver con la incorporación de diferentes tasas actuariales por sexo en el cálculo de pensiones (diferentes expectativas de vida); la relación entre la edad de retiro y el monto de las pensiones; la consideración del 100% de la vida activa en el mercado laboral (remuneraciones imponibles y años cotizados) en la determinación de las pensiones; los efectos de la comisión fija y la rentabilidad de los fondos de pensiones para diferentes remuneraciones imponibles, y las mayores restricciones (especialmente para las mujeres) para optar a pensiones estatales mínimas.

En el cálculo de las pensiones del programa público, asumiendo que no existiesen desigualdades en el mercado laboral entre hombres y mujeres (o sea, que hubiese iguales remuneraciones y años de contribuciones en ambos), las pensiones serían iguales para ambos sexos. En el programa privado, bajo esas mismas condiciones iguales, las pensiones de las mujeres fluctuarían entre el 52% y el 76% de las pensiones de los hombres dependiendo de la edad de

entrada al programa (Arenas de Mesa 1995). Esta diferencia se debe a la menor edad de retiro de las mujeres que aumenta los años de pensionada a financiar por el fondo acumulado, y a la mayor esperanza de vida promedio de las mujeres que requiere más años de financiamiento en el fondo acumulado. Podría argumentarse que los hombres reciben mayores pensiones que las mujeres debido a que estos se retiran con cinco años más. La edad más baja de retiro de las mujeres en las edades de retiro ya existía en el programa público, pero éste no discriminaba los montos de las pensiones por sexo, porque se igualaban dichas pensiones y el costo o bien se cargaba al grupo asegurado y/o era financiado por el Estado. Al eliminarse los principales efectos redistributivos dentro del programa privado y teniendo en cuenta una diferencia de cinco años de retiro más siete por mayor esperanza de vida, las pensiones por sexo son diferentes. Aún las mujeres que se retiren a los 65 años de edad alcanzarán sólo un promedio de 90% de las pensiones de los hombres.

Una institución chilena de investigación, sobre la base de una tasa de interés de 5% y una densidad de contribución de 90% a 93% durante la vida laboral activa del asegurado, ha calculado tasas de sustitución de 80% a 86% para los hombres y 52% a 57% para las mujeres (CIEDESS 1992). Dos funcionarios de la OIT, usando una tasa de interés de 3% y un 100% del cumplimiento de las contribuciones, han estimado una tasa de sustitución de 44% para los hombres (Gillion y Bonilla 1992); dicha tasa se reduciría al 37% si se usase un cumplimiento de 80% de las contribuciones por los asegurados registrados. Finalmente otro estudio que distingue entre asegurados por sexo, basado en una tasa de interés de 5% anual y un cumplimiento de contribuciones del 70%, ha calculado tasas de sustitución para las mujeres entre 32% y 46%, y para los hombres entre 58% y 83% (Arenas de Mesa 1995).

Las inequidades de género pueden medirse en términos relativos al comparar pensiones por sexo, como también en el esfuerzo adicional que las mujeres deben realizar para obtener pensiones equivalentes a la de los hombres, este esfuerzo puede medirse de diferentes formas tales como: (i) el aumento de las rentas imponibles; (ii) el aumento de la tasa de cotización; (iii) el aumento de la edad de retiro; y (iv) una combinación de las alternativas anteriores.

3.4.7 Género, gasto fiscal y déficit previsional

Las diferencias de género en el sistema de pensiones tienen un impacto directo en las finanzas públicas. Este tema será una de las claves para evaluar, desde el punto de vista de la política fiscal, si la reforma de la seguridad social generará mayores holguras o restricciones en el presupuesto público en el mediano y largo plazo.

Cerca de dos tercios de los recursos públicos destinados a financiar el déficit operacional están destinados a mujeres en 1999, esta proporción aumentará a más del 80% en el año 2037 (cuadro 12). Este gasto se concentrará en mujeres como beneficiarios dependientes, principalmente viudas. El gasto en bonos de reconocimiento tiene otra composición, debido a la composición de los beneficiarios directos al momento de la reforma, así la proporción de mujeres es sólo un 25% en 1999 y se reduce hasta su extinción en el año 2026. El gasto en pensiones asistenciales se concentra en mujeres en un 58% en 1999 (cuadro 12). Esta proporción ha estado disminuyendo en los últimos años, debido al crecimiento de la participación de mujeres en el mercado laboral y en el mercado de pensiones como beneficiarias primarias. Así este porcentaje disminuye a 52% en el año 2037. El gasto en

garantía estatal en pensiones mínimas a lo largo de toda la proyección es superior al 70% del total de los recursos públicos.

Las estimaciones realizadas en cuanto a los recursos que el Estado deberá aportar al programa de pensión mínima presentan una marcada diferencia por sexo, debido a que sus pensiones serán en promedio inferiores a la de los hombres. Los nuevos beneficiarios de pensiones mínimas serán principalmente mujeres entre 1999 y el año 2037. Ortúzar (1986), estimó que el 57% del gasto será en mujeres. Wagner (1991) presentó que el gasto público en pensiones mínimas estará en un 70% concentrado en mujeres. Zurita (1994) proyectó que el 65% del gasto será destinados a afiliadas femeninas. Hernández y Arenas de Mesa (1999), muestran que entre 67% y 72% del gasto público estará destinado a financiar pensiones de mujeres. En este contexto, las tasas de cotización y las edades de retiro deberán ser cuidadosamente analizadas para prevenir un masivo número de afiliadas femeninas potenciales beneficiarias de la garantía estatal de pensiones mínimas que presionen las cuentas y balances fiscales en el futuro.

En el marco de referencia de una creciente participación de las mujeres en el mercado laboral (ver cuadro 10) y en el mercado de las pensiones (cuadro 5), y de un importante número de reformas a la seguridad social realizadas y por realizarse en la región, el elemento de equidad de género debería ser estudiado y debatido por todos aquellos países que planean introducir un sistema de pensiones en especial de aquellos que recojan elementos del sistema privado chileno, tanto en la forma de sustitución total o complementaria.

IV. Desafíos Pendientes

Entre los desafíos más importantes del sistema de pensiones se encuentra en aumentar su cobertura, tanto para los trabajadores de menores ingresos, las mujeres y los trabajadores independientes. El Estado para desarrollar políticas en busca de este objetivo deberá primero realizar estudios sobre la densidad de cotización y evaluación de las causas de porque los afiliados cotizan o no cotizan activamente. Hasta la fecha, existe escaso conocimiento de las razones que llevan a más de 2 millones de afiliados a no realizar cotizaciones. La baja cobertura de algunos sectores implicará en el futuro un mayor compromiso fiscal en pensiones mínimas o asistenciales (Arenas de Mesa 1999b).

Otro desafío importante que enfrenta el Estado es como el estado va a crear mecanismos de financiamiento para financiar la transición previsional. El déficit del sector público de pensiones va a durar otros 40 años más. No está claro en que forma el Estado va a financiar el déficit de pensiones: con impuestos, deuda pública, o una combinación de las dos cosas. Financiar el déficit con deuda pública constituirá una carga para las generaciones futuras y los jóvenes, mientras que beneficiará a la actual generación y a los ancianos; financiar la deuda con impuestos colocará la carga en los hombros de la generación actual (Arrau 1991).

Hay un vacío de estudios actuariales e incluso carencia de datos financieros respecto de todo el sistema de pensiones, público más privado. Lo dicho vale en el caso de ejercicios de simulación globales basados en el total de contribuciones, rendimientos de la inversión, subsidios estatales y gastos. Hacen falta estos datos y estudios para determinar el equilibrio futuro del sistema y valorar la capacidad económica del Estado para subsidiarlo.

Es importante recobrar la antigua disciplina de los cálculos actuariales y financieros de los sistemas de reparto, que obliguen a que cuando se otorguen beneficios, estos deberán ir acompañados de financiamientos consistentes en el tiempo con los costos fiscales generados. En este contexto, debe existir la aplicación del criterio de la responsabilidad fiscal.

La reforma de la seguridad social y la introducción del programa privado de pensiones han provocado dos efectos opuestos en la redistribución del ingreso. Los efectos progresivos probables son: (i) eliminación de las pensiones por antigüedad y "perseguidoras", y normalización de la edad de jubilación y reajuste de pensiones (que redujo los pagos de los asegurados de ingresos relativamente altos); (ii) garantía estatal de la pensión mínima y ampliación de las pensiones de asistencia social; y (iii) eliminación de la contribución patronal, asumiendo que era en la práctica transferida, mediante precios, a los consumidores no asegurados (los efectos serían otros si la contribución hubiera sido efectivamente pagada por el empleador -un impacto negativo sobre el empleo- o transferida a los trabajadores). Los efectos regresivos (o neutros) probables son: (i) el sistema privado de pensiones virtualmente excluye la solidaridad; (ii) el deterioro de la cobertura de población y ningún progreso significativo en la cobertura de sectores de bajos ingresos, tales como trabajadores independientes y otros informales; (iii) la continuación de ciertas desigualdades en las condiciones de acceso y prestaciones en el programa público y, en especial, en el de las fuerzas armadas; (iv) pensiones más bajas para las mujeres, por su menor edad de jubilación y mayor esperanza de vida; y (v) efectos de la comisión fija.

Entre otras tareas pendientes del programa privado de pensiones pueden mencionarse: (i) reducir los gastos de administración, el aumento de las AFPs en los noventa trajo consigo una expansión de los gastos de administración por asegurado, la competencia entre AFPs por los asegurados debería ser normalizada para evitar el gasto desmesurado de recursos; (ii) educación para los asegurados en cuanto a los requisitos, beneficios y funcionamiento del programa de pensiones (especialmente para las mujeres), existe un generalizado consenso en que el nivel de conocimiento respecto del programa privado es bajísimo, se hace necesario la implementación de programas de educación, a través de sindicatos y medios masivos de comunicación, esto ayudaría, entre otras cosas, a los asegurados a decidir entre las opciones de pensión al momento de jubilación, y a disminuir el número de traspasos entre AFPs; (iii) perfeccionamiento de las modalidades de pensión, respecto de las rentas vitalicias, el mercado de seguros presenta algunas imperfecciones como la falta de transparencia en el acceso de información entre agentes de venta, corredores y los asegurados; y (iv) atenuar las diferencias de las pensiones entre hombres y mujeres, problema que cobrará mayor relevancia a medida que madure el sistema y por la mayor tasa de participación de las mujeres en el mercado laboral.

V. Conclusiones

Varias lecciones se pueden derivar de la experiencia chilena. Una es la de que el costo de la transición se debe evaluar con mucho cuidado. La mantención de parte de los derechos del sistema antiguo, los bonos de reconocimiento y las pensiones mínimas son elementos humanitarios de la reforma, pero su costo es altísimo, así pues hay que equilibrarlos con una valoración precisa de la carga futura sobre la sociedad y los costos alternativos para otros programas públicos que protegen a sectores de bajos ingresos.

Otra lección es que el mercado y los administradores privados no aseguran, necesariamente, la competencia, el control de la evasión y mora, y el aumento de la eficiencia. Por último, la exclusión de una parte de la población (las fuerzas armadas) de la reforma, y la mantención de sus condiciones de acceso y prestaciones privilegiadas, se puede explicar por motivos políticos, pero con el tiempo puede convertirse en una desigualdad notable que debería estudiarse en el futuro.

El déficit fiscal previsional del sistema de pensiones chileno ha sido elevado y permanecerá siéndolo en las próximas 4 décadas. Las posibilidades de reducir este déficit previsional en el largo plazo dependen no sólo de los resultados del sistema de pensiones, sino que también de la responsabilidad fiscal de las autoridades de gobierno. Tal responsabilidad fiscal debería restringir los beneficios entregados a los pensionados del desfinanciado sistema público en el futuro. Además, este mismo criterio debería ser aplicado para el también desfinanciado sistema público de pensiones de las Fuerzas Armadas y Carabineros. Con relación al sistema de pensiones asistenciales, se deberían doblar los esfuerzos de focalización y evitar que los constantes aumentos en el valor de las pensiones asistenciales se conviertan en un desincentivo para cotizar activamente en el sistema previsional.

Especial atención debe existir en la aplicación del criterio de la responsabilidad fiscal en el programa de garantía estatal de pensiones mínimas, ya que en ningún otro programa existe tanta distancia entre las decisiones de beneficios previsionales en el presente y costos fiscales en el futuro. Esto último puede ser alcanzado de tres maneras: (i) recobrar la antigua disciplina de los cálculos actuariales y financieros de los sistemas de reparto, que obliguen a que cuando se otorguen beneficios, estos deberán ir acompañados de financiamientos consistentes en el tiempo con los costos fiscales generados; (ii) comprar un seguro general para los afiliados y garantizar una renta vitalicia igual o superior al valor de la pensión mínima; y (iii) crear un nuevo programa de pensiones mínimas separado del actual sistema privado de pensiones, el cual sería financiado como un sistema de reparto, esto último involucraría generar una contribución uniforme para financiar un beneficio mínimo. Esta última alternativa ha sido la experiencia Argentina, con la creación de la pensión básica universal, la que es financiada mediante un sistema de reparto, en un sistema integrado de pensiones que considera en forma complementaria un esquema de capitalización individual.

En el caso de Chile, simulaciones de beneficios previsionales futuros muestran que los diferenciales de ingresos entre hombres y mujeres se incrementan al pasar del mercado del trabajo al mercado de las pensiones, así las mujeres que inicien su vida laboral con un 75% de los salarios de los hombres, al momento de jubilar alcanzarán cerca de un 50% de los salarios de los hombres, y en el mercado de pensiones obtendrían, bajo estas condiciones una pensión equivalente al 45% y 35% de las pensiones que accedan los hombres. Bajo el supuesto que no existan desigualdades en el mercado laboral, y los salarios para hombres y mujeres son similares, las pensiones de las mujeres alcanzarán el 76% y 52% de las pensiones de los hombres (Arenas de Mesa y Montecinos 1999).

Las mujeres tienden a estar sobre representadas entre quienes se benefician menos u obtienen menores beneficios en un sistema de pensiones de capitalización individual, entre otras causas, por las características de su inserción en el mercado de trabajo. Esto tiene consecuencias

directas en el bienestar de la familia, especialmente por el incremento en la responsabilidad de la mujer en la economía familiar. También tiene efectos en las finanzas públicas, ya que el Estado garantiza beneficios mínimos y asistenciales, la mayoría de los cuales se concentrará en beneficiarias mujeres, no sólo en mujeres dependientes sino también en beneficiarias primarias.

La evaluación de la reforma al sistema de pensiones, en términos de su impacto fiscal de mediano y largo plazo, debe considerar la variable género. El gasto público del déficit previsional civil se concentra en un 57% en mujeres en 1999 y, según las estimaciones de este trabajo, ésta proporción aumentará a 67% en el año 2037.

En este contexto, es importante que en la búsqueda de nuevos enfoques en el diseño de políticas públicas, especialmente aquellas referidas al bienestar de las familias, se incorpore explícitamente la dimensión de género. El asumir que el trabajador típico es hombre puede conducir a generar estimaciones erróneas y provocar un impensado impacto fiscal.

En este contexto, y a la luz de los costos que enfrentará el Estado en el futuro es importante generar bases sólidas que faciliten e incentiven la capacidad de investigación en esta área. El debate y la profundización de estos temas en las reformas de pensiones ya en marcha constituyen un reto y un aporte sustancial para estos países y para otros que se aprontan a realizar reformas a sus sistemas de pensiones.

La consolidación del sistema de pensiones en Chile estará dada principalmente por el nivel de pensiones que otorgue a sus asegurados y por la carga fiscal que genere al Estado en el futuro. En este contexto, es de esperar que las autoridades chilenas y los defensores del sistema privado de pensiones aprendan las significativas lecciones que nos han entregado el sistema privado de pensiones en estas dos últimas décadas, e implementen medidas de política en su correcto tiempo financiero y actuarial para evitar futuros problemas que tiendan a desmejorar los resultados generales del sistema de capitalización individual.

VI. Bibliografía

Arellano, José Pablo. 1985. Políticas sociales y desarrollo. Chile 1924-1984. Santiago, CIEPLAN.

Arenas de Mesa, Alberto. 1999a. "Proyecciones del déficit previsional chileno: Gasto público en pensiones asistenciales 1999-2010." XI Seminario Regional de Política Fiscal, CEPAL, Brasilia, January 26-28.

-----, 1999b. "Efectos fiscales del sistema de pensiones en Chile: Proyección del déficit previsional 1999 – 2037." Seminario Responsabilidades Fiscales en Sistema de Pensiones, Ministerio de Hacienda de Chile y CEPAL, Septiembre 2 y 3, Santiago.

-----, 1997. "Learning from the privatization of the social security pension system in Chile: Macroeconomic Effects, Lessons and Challenges." Ph.D. diss. University of Pittsburgh. Pittsburgh.

Arenas de Mesa, Alberto and Verónica Montecinos. 1999 "The Privatization of Social Security and Women's Welfare: Gender Effects of the Chilean Reform." Latin American Research Review , Vol 34. N° 3 (forthcoming).

Arenas de Mesa, Alberto and Fabio Bertranou. 1997. "Learning from Social Security Reforms: Two Different Cases, Chile and Argentina." World Development, Vol. 25, No. 3 (March).

Arenas de Mesa, Alberto and Mario Marcel C. 1993. "Proyecciones de gasto previsional 1992-2038: Un model de simulación para los bonos de reconocimiento." Santiago: Dirección de Presupuestos, Ministerio de Hacienda, Documento de Trabajo (February).

Arrau, Patricio. 1991. "La reforma previsional chilena y su financiamiento durante la transición" Santiago: CIEPLAN, Colección Estudios, Vol. 32, (June): 5-44.

Baeza, Sergio and Francisco Margozzini, eds. 1995. Quince años después. Una mirada al sistema privado de pensiones. Santiago: CEP.

Cheyre, Hernán. 1988. La previsión en Chile ayer y hoy. Santiago: CEP.

Diamond, Peter. 1994. "Privatization of Social Security: Lessons from Chile." Revista de Análisis Económico, Vol. 9, No. 1, (June): 21-33. Santiago: ILADES.

Diamond, Peter and Salvador Vadés-Prieto. 1994. "Social Security Reform." In B. Bosworth, R. Dornbusch and R. Labán, eds., The Chilean Economy. Chapter 7: 257-328. Washington D.C.: The Brookings Institution.

Hernández, Héctor y Alberto Arenas de Mesa. 1999. "Proyecciones del déficit previsional chileno: Gasto en garantía estatal de pensiones mínimas 1999-2037." Documento interno de trabajo, Dirección de Presupuestos, Ministerio de Hacienda. (Mimeo).

Holzmann, Robert. 1994. "Funded and Private Pensions for Eastern European Countries in Transition." Revista de Análisis Económico, Vol. 9, No 1, (June): 169-210. Santiago: ILADES.

----- . 1996. "Pension reform, financial market development and economic growth : preliminary evidence from Chile." WP/96/94 (August). Washington. D.C. : IMF.

Iglesias, Augusto and Rodrigo Acuña. 1991. Chile: Experiencia con un regimen de capitalización 1981-1991. Santiago: CEPAL/PNUD.

Kotlikoff, Laurence. 1996. "Simulating the Privatization of Social Security in General Equilibrium." NBER Working Paper, No. 5776 (September). Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research.

Marcel, Mario and Alberto Arenas. 1991. "Social Security Reform in Chile." Inter-American Development Bank (IDB), Occasional Papers, No 5. Washington, D.C.: IDB.

Margozzini, Francisco. 1988. "Estimaciones de las pensiones de vejez que otorgará el actual sistema de pensiones." In S. Baeza and R. Manubens, eds., Sistema privado de pensiones en Chile.: 251-274. Santiago: CEP.

Mesa-Lago, Carmelo. 1994. Changing Social Security in Latin America: Toward Alleviating the Costs of Economic Reform. Boulder and London: Lynne Rienner Publishers, Inc.

-----, 1996. "Las reformas de pensiones de seguridad social en América Latina: Sistemas públicos, privados, mixtos y paralelos." Estudios de la Seguridad Social, No. 80: 58-85.

Mesa-Lago, Carmelo and Alberto Arenas de Mesa. 1999. "Fifteen years after the privatization of the Chilean Pension System : Evaluation, Lessons and Challenges." In Reforming Pension and Health Care System in Latin America : What are the options ?, edited by Maria Amparo Cruz-Saco and Carmelo Mesa-Lago. University of Pittsburgh Press. Pittsburgh (march).

Ortúzar, Pablo. 1988. "El déficit previsional : recuento y proyecciones." In Baeza, sergio and Rodrigo Manubens, Sistema privado de pensiones en Chile. Santiago : CEP.

Pini, Claudio Javier. 1998. "El déficit operacional del sistema público de pensiones en Chile : Análisis, proyecciones e implicancias de política." Preliminary Draft, diss. Master degree. ILADES-Georgetown University. (manuscript, December).

Superintendencia de Administradoras de Fondos de Jubilaciones y Pensiones (SAFJP), Superintendencia de Administradoras de Fondos de Pensiones (SAFP), and Superintendencia de Administradoras Privadas de Pensiones (SAPFP). 1996. Reformas a los sistemas de pensiones. Argentina, Chile, Perú. Santiago: SAFJP, SAFP, SAPFP.

Superintendencia de Administradoras de Fondos de Pensiones (SAFP). 1996. El sistema chileno de pensiones. Santiago: SAFP (third edition).

Wagner, Gert. 1991. "La seguridad social y el programa de pensión mínima garantizada." Estudios de Economía, Vol. 18, No. 1 (June): 35-91. Santiago: Universidad Católica de Chile.

Zurita, Salvador. 1994. "Minimum pension insurance in the Chilean pension system." Revista de Análisis Económico, Vol 9. N° 1. (June): 105-126. Santiago : ILADES.

CUADRO 1
COBERTURA ESTADÍSTICA SISTEMA DE PENSIONES AFP:1981-1998

Año	Afiliados (a)	Fuerza de Trabajo (b)	Cobertura Estadística (c) = (a)/(b)
1981	1.400.000	3.687.900	38,0%
1982	1.440.000	3.660.700	39,3%
1983	1.620.000	3.667.700	44,2%
1984	1.930.353	3.890.700	49,6%
1985	2.283.830	4.018.700	56,8%
1986	2.591.484	4.312.010	60,1%
1987	2.890.680	4.425.330	65,3%
1988	3.183.002	4.656.280	68,4%
1989	3.470.845	4.805.290	72,2%
1990	3.739.542	4.888.590	76,5%
1991	4.109.184	4.983.890	82,4%
1992	4.434.795	5.199.800	85,3%
1993	4.708.840	5.458.990	86,3%
1994	5.014.444	5.553.830	90,3%
1995	5.320.913	5.538.240	96,1%
1996	5.571.482	5.600.670	99,5%
1997	5.780.400	5.683.820	101,7%
1998	5.966.143	5.851.510	102,0%

Fuentes:

(a) 1981-1997: Superintendencia de AFP (1998).

1998: Boletín Estadístico N°148 de la Superintendencia de AFP.

(b) 1981-1985: Banco Central de Chile (1989).

1986-1996: Instituto Nacional de Estadísticas (1997).

1997-1998: Instituto Nacional de Estadísticas (1999).

CUADRO 2
AFILIADOS POR GRUPOS ETARIOS Y GÉNERO COMO PORCENTAJE DE LA POBLACIÓN Y
FUERZA DE TRABAJO EN CHILE:1982,1992,1994 Y 1998

Edad	1982				1992			
	Afiliados Masculinos		Afiliadas Femeninas		Afiliados Masculinos		Afiliadas Femeninas	
	como % de:		como % de:		como % de:		como % de:	
	Población Masculina	F. de Trabajo Masculina	Población Femenina	F. de Trabajo Femenina	Población Masculina	F. de Trabajo Masculina	Población Femenina	F. de Trabajo Femenina
15-20	7,3	20,2	2,7	19,3	30,2	111,7	17,9	153,4
20-25	44,1	55,5	18,3	55,6	88,6	114,9	59,3	140,7
25-30	60,3	64,5	23,9	68,3	106,1	114,8	68,0	145,3
30-35	58,2	60,7	21,3	65,4	100,0	103,1	57,2	134,4
35-40	54,2	56,5	18,0	58,4	81,9	84,2	46,1	101,8
40-45	44,2	47,0	13,9	48,3	67,0	68,7	35,1	75,5

Edad	1994				1998			
	Afiliados Masculinos		Afiliadas Femeninas		Afiliados Masculinos		Afiliadas Femeninas	
	como % de:		como % de:		como % de:		como % de:	
	Población Masculina	F. de Trabajo Masculina	Población Femenina	F. de Trabajo Femenina	Población Masculina	F. de Trabajo Masculina	Población Femenina	F. de Trabajo Femenina
15-20	34,8	120,0	20,4	140,3	26,2	129,4	15,9	164,9
20-25	84,0	107,2	59,3	137,2	86,2	119,5	65,2	154,9
25-30	115,5	119,2	77,6	163,3	104,4	114,1	80,0	160,9
30-35	102,1	104,9	67,5	149,9	104,3	108,2	78,2	159,5
35-40	89,6	92,3	51,3	114,3	94,9	97,4	66,0	136,3
40-45	74,9	77,4	42,6	85,3	80,5	82,9	51,5	103,9

Fuentes:

1982, 1992 y 1994: Arenas de Mesa (1997).

1998: Calculado sobre la base de información disponible sobre afiliación en Superintendencia de AFP (1999) e información sobre fuerza de trabajo proporcionada por el Instituto Nacional de Estadísticas.

CUADRO 3
COBERTURA PREVISIONAL Y OCUPACIONAL EN CHILE:1975-1998

Año	Cobertura Ocupacional (Cotizantes/Ocupados)			Cobertura Efectiva (Cotizantes/F. de Trabajo)		
	AFP	INP (a)	Total	AFP	INP (a)	Total
1975	----	74,3%	74,3%	----	64,7%	64,7%
1976	----	68,9%	68,9%	----	60,1%	60,1%
1977	----	65,4%	65,4%	----	57,7%	57,7%
1978	----	59,8%	59,8%	----	51,2%	51,2%
1979	----	59,4%	59,4%	----	51,3%	51,3%
1980	----	56,4%	56,4%	----	50,5%	50,5%
1981	33,6%	21,5%	55,1%	29,8%	19,0%	48,8%
1982	36,0%	20,0%	56,0%	29,0%	16,1%	45,0%
1983	38,2%	18,0%	56,2%	33,5%	15,8%	49,3%
1984	40,6%	16,7%	57,3%	35,0%	14,4%	49,3%
1985	44,0%	15,7%	59,7%	38,8%	13,8%	52,6%
1986	45,9%	14,2%	60,1%	41,1%	12,7%	53,9%
1987	50,6%	13,5%	64,1%	45,7%	12,2%	58,0%
1988	50,6%	12,2%	62,7%	46,6%	11,2%	57,7%
1989	50,8%	11,0%	61,8%	47,2%	10,2%	57,4%
1990	50,6%	10,3%	60,9%	46,8%	9,6%	56,4%
1991	53,7%	9,7%	63,4%	49,9%	9,0%	58,9%
1992	55,3%	8,9%	64,2%	51,8%	8,4%	60,2%
1993	54,6%	8,0%	62,6%	51,1%	7,5%	58,6%
1994	56,2%	7,6%	63,8%	51,8%	7,0%	58,9%
1995	57,2%	7,6%	64,8%	53,5%	7,1%	60,6%
1996	58,9%	7,0%	65,9%	55,7%	6,6%	62,3%
1997	61,3%	6,4%	67,7%	58,0%	6,1%	64,1%
1998	58,0%	6,3%	64,2%	53,8%	5,8%	59,6%

Notas:

(a) Estimación del autor sobre la base de antecedentes INP y DIPRES. Incluye FF.AA. y Carabineros.

CUADRO 4
COBERTURA OCUPACIONAL SEGÚN DEPENDENCIA DEL TRABAJADOR: 1985-1998

Año	Dependientes			Independientes		
	Nº Cotizantes (a)	Nº Ocupados (b)	Cobertura Ocupacional (c) = (a)/(b)	Nº Cotizantes (d)	Nº Ocupados (e)	Cobertura Ocupacional (f) = (d)/(e)
1986	1.445.218	2.861.390	50,5%	48.350	1.001.460	4,8%
1987	1.623.004	2.968.920	54,7%	52.611	1.032.370	5,1%
1988	1.721.642	3.142.790	54,8%	50.729	1.142.650	4,4%
1989	1.866.443	3.218.370	58,0%	51.186	1.245.050	4,1%
1990	1.913.625	3.289.630	58,2%	47.922	1.235.900	3,9%
1991	2.067.533	3.359.400	61,5%	50.840	1.271.270	4,0%
1992	2.246.132	3.541.460	63,4%	51.721	1.335.970	3,9%
1993	2.314.073	3.723.620	62,1%	52.655	1.385.670	3,8%
1994	2.380.946	3.687.460	64,6%	55.320	1.435.300	3,9%
1995	2.432.456	3.746.840	64,9%	57.077	1.427.570	4,0%
1996	2.497.019	3.849.860	64,9%	51.343	1.448.820	3,5%
1997	2.601.682	3.915.240	66,5%	59.923	1.464.950	4,1%
1998	2.560.158	3.887.660	65,9%	59.458	1.544.690	3,8%

Fuentes:

(a) y (d) 1986-1997: Superintendencia de AFP (1998).

1998: Superintendencia de AFP (1999).

(b) y (e) 1986-1995: Instituto Nacional de Estadísticas (1997).

1996-1998: Instituto Nacional de Estadísticas (1998 y 1999).

CUADRO 5
COBERTURA ESTADÍSTICA, EFECTIVA Y OCUPACIONAL SISTEMA DE PENSIONES AFP MUJERES:1986-1998

Año	Afiliadas	F. de Trabajo Femenina	Cobertura Estadística	Cotizantes	Ocupación Femenina	Cobertura Ocupacional	Cobertura Efectiva
	(a)	(b)	(c)=(a)/(b)	(d)	(e)	(f)=(d)/(e)	(g)=(d)/(b)
1986	845.087	1.278.680	66%	470.194	1.108.340	42%	37%
1987	973.062	1.310.840	74%	524.712	1.141.550	46%	40%
1988	1.101.775	1.412.430	78%	554.755	1.253.040	44%	39%
1989	1.230.659	1.433.650	86%	605.141	1.291.920	47%	42%
1990	1.355.213	1.495.850	91%	624.598	1.357.640	46%	42%
1991	1.516.753	1.514.570	100%	676.236	1.372.040	49%	45%
1992	1.662.267	1.646.240	101%	739.445	1.499.770	49%	45%
1993	1.794.621	1.753.980	102%	768.060	1.599.630	48%	44%
1994	1.940.437	1.796.960	108%	806.169	1.611.240	50%	45%
1995	2.107.117	1.780.260	118%	836.819	1.622.510	52%	47%
1996	2.233.056	1.810.730	123%	870.128	1.689.670	51%	48%
1997	2.342.630	1.871.290	125%	915.721	1.748.500	52%	49%
1998	2.441.827	1.955.660	125%	930.724	1.807.560	51%	48%

Notas:

Para el período 1981-1985 la Superintendencia de AFP no publica datos de las series (a) y (d).

(a) Corresponde a afiliadas activas (afiliadas no fallecidas y no pensionadas).

(d) Corresponde a afiliadas que cotizaron en diciembre de cada año por remuneraciones devengadas en el mes anterior (cotizantes al día).

CUADRO 6
DÉFICIT PREVISIONAL EN CHILE: 1981-1998
 (% del PIB)

Año	Déficit Operacional (1)	Bonos de Reconocimiento (2)	Pensiones Asistenciales (3)	Pensiones Mínimas (4)	Déficit Previsional Total (5)
1981	3,6%	0,0%	0,2%	0,00%	3,8%
1982	6,0%	0,1%	0,3%	0,00%	6,4%
1983	6,5%	0,2%	0,4%	0,00%	7,0%
1984	6,9%	0,2%	0,5%	0,00%	7,6%
1985	6,0%	0,2%	0,5%	0,00%	6,7%
1986	5,9%	0,3%	0,5%	0,00%	6,8%
1987	5,2%	0,4%	0,5%	0,00%	6,0%
1988	4,6%	0,4%	0,4%	0,00%	5,3%
1989	4,7%	0,4%	0,3%	0,01%	5,4%
1990	4,5%	0,5%	0,3%	0,01%	5,4%
1991	4,5%	0,5%	0,3%	0,01%	5,4%
1992	4,3%	0,5%	0,3%	0,01%	5,2%
1993	4,4%	0,6%	0,3%	0,01%	5,3%
1994	4,2%	0,7%	0,3%	0,01%	5,2%
1995	3,9%	0,7%	0,3%	0,02%	4,9%
1996	4,2%	0,7%	0,3%	0,02%	5,2%
1997	4,1%	0,8%	0,3%	0,02%	5,2%
1998	4,3%	0,9%	0,3%	0,03%	5,5%
Promedio Anual					
1981-1989	5,5%	0,2%	0,4%	0,00%	6,1%
1990-1998	4,3%	0,7%	0,3%	0,02%	5,2%
1981-1998	4,9%	0,4%	0,4%	0,01%	5,7%

Fuente: Arenas de Mesa y Marcel 1999

(1) Incluye estimación del Déficit Previsional Militar

CUADRO 7
AHORRO NACIONAL NETO/DÉFICIT PREVISIONAL EN CHILE: 1981-1998
 (% del PIB)

Año	Déficit Previsional Total (1)	Ahorro de los Fondos de Pensiones (2)	Ahorro Nacional Neto/Déficit (3) = (2) - (1)	Ahorro no Previsional del Gobierno Central (4)
1981	3,8	0,9	-2,9	7,7
1982	6,4	1,8	-4,6	3,5
1983	7,1	1,7	-5,4	4,8
1984	7,6	1,9	-5,7	6,4
1985	6,7	2,0	-4,7	7,1
1986	6,7	2,2	-4,5	8,0
1987	6,1	2,3	-3,8	8,9
1988	5,4	2,7	-2,7	7,9
1989	5,4	2,9	-2,5	7,9
1990	5,4	3,0	-2,4	7,5
1991	5,3	2,8	-2,5	8,5
1992	5,1	3,3	-1,8	9,6
1993	5,3	3,6	-1,7	9,7
1994	5,2	3,9	-1,3	9,6
1995	4,9	4,4	-0,5	9,9
1996	5,2	4,3	-0,9	9,8
1997	5,2	n.a	n.a	9,5
1998	5,5	n.a	n.a	8,1
Promedio Anual				
1981-1989	6,1	2,0	-4,1	6,9
1990-1996	5,2	3,6	-1,6	9,1
1981-1996	5,7	2,7	-3,0	8,0

Fuentes:

(1) Cuadro 6

(2) Arenas de Mesa (1997). 1995 y 1996 se estimaron en base a datos de la Superintendencia de A.F.P. (1998).

(4) Cuadro 6 y Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda.

CUADRO 8
DÉFICIT PREVISIONAL EN CHILE: 1981-2037
 (% del PIB)

Promedio	Déficit Operacional	Bonos de Reconocimiento	Pensiones Asistenciales	Pensiones Mínimas	Déficit Previsional Civil	Déficit Previsional Militar	Déficit Previsional Total
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
1981-1989	3,7%	0,4%	0,2%	0,00%	4,3%	1,8%	6,1%
1990-1998	3,0%	0,3%	0,7%	0,02%	4,0%	1,2%	5,2%
1999-2008	2,8%	1,2%	0,4%	0,13%	4,6%	1,3%	5,9%
2009-2018	1,6%	0,8%	0,4%	0,41%	3,3%	1,3%	4,6%
2019-2028	0,8%	0,1%	0,5%	0,77%	2,1%	1,3%	3,4%
2029-2037	0,3%	0,0%	0,5%	1,19%	1,9%	1,3%	3,2%
1999-2037	1,4%	0,6%	0,5%	0,61%	3,0%	1,3%	4,3%

Fuente:

Arenas de Mesa 1999 b.

CUADRO 9
RENTABILIDAD FONDOS DE PENSIONES Y CUENTAS INDIVIDUALES: 1981-1998
(Porcentajes)

Año	Tasa Real Anual de las Cuentas Individuales(*)		Tasa Promedio Real Anual de los Fondos de Pensiones
	10 UF (US\$311)	30 UF (US\$934)	
1981(**)	-5,2	3,2	12,9
1982	15,8	23,6	28,5
1983	14,7	18,5	21,3
1984	-0,1	1,9	3,6
1985	10,1	11,3	13,4
1986	9,9	10,7	12,3
1987	4,0	4,4	5,4
1988	5,6	6,0	6,5
1989	6,3	6,6	6,9
1990	15,4	15,6	15,6
1991	23,5	23,9	29,7
1992	0,9	1,1	4,0
1993	14,4	14,6	16,0
1994	11,2	11,5	17,8
1995	-4,4	-4,1	-2,5
1996	1,0	1,7	3,5
1997	1,7	2,6	4,7
1998	-3,5	-3,0	-1,1
Promedio			
1981-1998(***)	6,6	8,3	11,0
1990-1998	6,3	6,7	9,3

(*) La diferencia entre el retorno de las cuentas individuales y la tasa de retorno de los fondos de pensiones es que la primera se estima descontando la comisión cargada por las AFP's.

(**) Período de Julio 1981 a diciembre 1981.

(***) El promedio 1981-1998 comprende el periodo desde julio 1981 a diciembre 1998.

Fuentes: Arenas de Mesa 1997 y Superintendencia de AFP 1998.

CUADRO 10
PARTICIPACIÓN DE LA MUJER EN EL MERCADO LABORAL EN CHILE:1986-1998
 (% del Total)

Año	Fuerza de Trabajo	Ocupación
1986	30,4%	28,7%
1987	29,6%	28,5%
1988	30,3%	29,2%
1989	30,3%	29,5%
1990	30,6%	30,0%
1991	30,4%	29,6%
1992	31,7%	30,7%
1993	32,1%	31,3%
1994	32,4%	31,5%
1995	32,1%	31,4%
1996	32,3%	31,9%
1997	32,9%	32,5%
1998	33,4%	33,3%

Fuente: INE a Diciembre de cada año

CUADRO 11
PARTICIPACIÓN DE LA MUJER EN EL MERCADO DE LAS AFP
 (% del Total)

Año	Afiliadas Femeninas		Cotizantes Femeninas		
	(% Afiliados Totales)	(% de la F. Trabajo Fem.)	(% Total Cotizantes)	(% Afiliadas Fem.)	(%F. Trabajo Fem.)
1981	25%	33%	nd	nd	nd
1982	27%	36%	nd	nd	nd
1983	27%	38%	nd	nd	nd
1984	30%	49%	nd	nd	nd
1985	31%	58%	31%	58%	33%
1986	33%	66%	31%	56%	37%
1987	34%	74%	31%	54%	40%
1988	35%	78%	31%	50%	39%
1989	36%	86%	32%	49%	42%
1990	36%	91%	31%	47%	42%
1991	37%	100%	32%	45%	45%
1992	38%	101%	32%	45%	45%
1993	38%	102%	33%	43%	44%
1994	39%	108%	33%	42%	45%
1995	40%	118%	34%	40%	47%
1996	40%	123%	34%	39%	48%
1997	41%	125%	34%	39%	49%
1998	41%	125%	36%	38%	48%

Fuentes:

1981-1995: Arenas de Mesa (1997)

1996-1998: Calculado sobre la base de información publicada sobre afiliación y cotizantes en Superintendencia de AFP (1999) y datos del Instituto Nacional de Estadísticas (1998 y 1999) sobre fuerza de trabajo y ocupación femenina y masculina.

nd: No disponible.

CUADRO 12
PROYECCIÓN DEL DÉFICIT PREVISIONAL POR GÉNERO EN CHILE: 1999-2037
 (Participaciones por género de los componentes del déficit)

Año	(1)		(2)		(3)		(4)		(5)	
	Déficit Operacional		Bonos de Reconocimiento		Pensiones Asistenciales		Pensiones Mínimas		Déficit Previsional Total	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
1999	33,5%	66,5%	74,9%	25,1%	41,7%	58,3%	28,1%	71,9%	43,2%	56,8%
2000	33,0%	67,0%	75,3%	24,7%	41,9%	58,1%	27,0%	73,0%	43,2%	56,8%
2001	32,4%	67,6%	75,8%	24,2%	42,0%	58,0%	28,6%	71,4%	43,9%	56,1%
2002	31,9%	68,1%	75,0%	25,0%	42,2%	57,8%	28,1%	71,9%	43,8%	56,2%
2003	31,4%	68,6%	75,2%	24,8%	42,3%	57,7%	27,5%	72,5%	44,0%	56,0%
2004	30,9%	69,1%	76,0%	24,0%	42,5%	57,5%	27,5%	72,5%	44,3%	55,7%
2005	30,5%	69,5%	77,6%	22,4%	42,7%	57,3%	28,3%	71,7%	45,0%	55,0%
2006	30,1%	69,9%	77,3%	22,7%	42,8%	57,2%	27,9%	72,1%	45,0%	55,0%
2007	29,6%	70,4%	79,1%	20,9%	43,0%	57,0%	28,2%	71,8%	45,6%	54,4%
2008	29,2%	70,8%	78,9%	21,1%	43,1%	56,9%	28,1%	71,9%	45,6%	54,4%
2009	28,8%	71,2%	80,7%	19,3%	43,3%	56,7%	28,5%	71,5%	46,0%	54,0%
2010	28,4%	71,6%	80,5%	19,5%	43,4%	56,6%	28,9%	71,1%	45,5%	54,5%
2011	28,1%	71,9%	82,4%	17,6%	43,6%	56,4%	28,7%	71,3%	45,6%	54,4%
2012	27,7%	72,3%	83,1%	16,9%	43,7%	56,3%	29,0%	71,0%	45,3%	54,7%
2013	27,3%	72,7%	84,7%	15,3%	43,9%	56,1%	29,0%	71,0%	45,0%	55,0%
2014	26,9%	73,1%	86,2%	13,8%	44,1%	55,9%	29,0%	71,0%	44,2%	55,8%
2015	26,5%	73,5%	87,5%	12,5%	44,2%	55,8%	28,6%	71,4%	43,2%	56,8%
2016	26,1%	73,9%	88,8%	11,2%	44,4%	55,6%	28,4%	71,6%	42,0%	58,0%
2017	25,8%	74,2%	90,3%	9,7%	44,5%	55,5%	28,5%	71,5%	40,8%	59,2%
2018	25,4%	74,6%	92,8%	7,2%	44,7%	55,3%	28,3%	71,7%	39,9%	60,1%
2019	25,0%	75,0%	94,4%	5,6%	44,9%	55,1%	28,3%	71,7%	38,1%	61,9%
2020	24,6%	75,4%	96,3%	3,7%	45,0%	55,0%	27,8%	72,2%	36,7%	63,3%
2021	24,2%	75,8%	97,9%	2,1%	45,2%	54,8%	27,7%	72,3%	35,6%	64,4%
2022	23,8%	76,2%	98,7%	1,3%	45,3%	54,7%	27,1%	72,9%	34,2%	65,8%
2023	23,4%	76,6%	99,2%	0,8%	45,5%	54,5%	27,0%	73,0%	32,9%	67,1%
2024	23,1%	76,9%	99,6%	0,4%	45,7%	54,3%	27,1%	72,9%	32,0%	68,0%
2025	22,6%	77,4%	99,5%	0,5%	45,8%	54,2%	27,2%	72,8%	31,4%	68,6%
2026	22,2%	77,8%	99,8%	0,2%	46,0%	54,0%	27,4%	72,6%	31,1%	68,9%
2027	21,8%	78,2%	100,0%	0,0%	46,2%	53,8%	27,3%	72,7%	30,8%	69,2%
2028	21,4%	78,6%	100,0%	0,0%	46,3%	53,7%	27,4%	72,6%	30,8%	69,2%
2029	21,0%	79,0%	100,0%	0,0%	46,5%	53,5%	27,3%	72,7%	30,8%	69,2%
2030	20,5%	79,5%	100,0%	0,0%	46,7%	53,3%	27,6%	72,4%	31,1%	68,9%
2031	20,0%	80,0%	100,0%	0,0%	46,8%	53,2%	27,2%	72,8%	30,9%	69,1%
2032	19,4%	80,6%	100,0%	0,0%	47,0%	53,0%	27,4%	72,6%	31,1%	68,9%
2033	18,9%	81,1%	100,0%	0,0%	47,2%	52,8%	27,8%	72,2%	31,4%	68,6%
2034	18,9%	81,1%	100,0%	0,0%	47,3%	52,7%	28,1%	71,9%	31,8%	68,2%
2035	18,9%	81,1%	100,0%	0,0%	47,5%	52,5%	28,4%	71,6%	32,2%	67,8%
2036	18,9%	81,1%	100,0%	0,0%	47,7%	52,3%	28,6%	71,4%	32,4%	67,6%
2037	18,9%	81,1%	100,0%	0,0%	47,8%	52,2%	28,9%	71,1%	32,8%	67,2%

Fuente:

Arenas de Mesa 1999 b.

CUADRO 13
ESCENARIOS PARA EL GASTO PÚBLICO EN PENSIONES MÍNIMAS

Escenario	Pesimista	Base	Optimista
Tasa de Rentabilidad	r = 3%	r = 4%	r = 5%
Valor Presente al 7% (MM US\$ 1997)	9.391	8.306	7.268
Valor Presente como % PIB	12,3%	10,9%	9,5%
Proporción del Gasto en Mujeres	71,1%	72,2%	73,1%
Proporción de Afiliados en P. Mínima	57,7%	52,0%	44,3%
Hombres en P. Mínima/ Hombres Pensionados	48,5%	42,3%	34,7%
Mujeres en P. Mínima/ Mujeres Pensionadas	72,0%	67,1%	59,3%

Fuente: Hernández y Arenas de Mesa (1999)

GRÁFICO 1

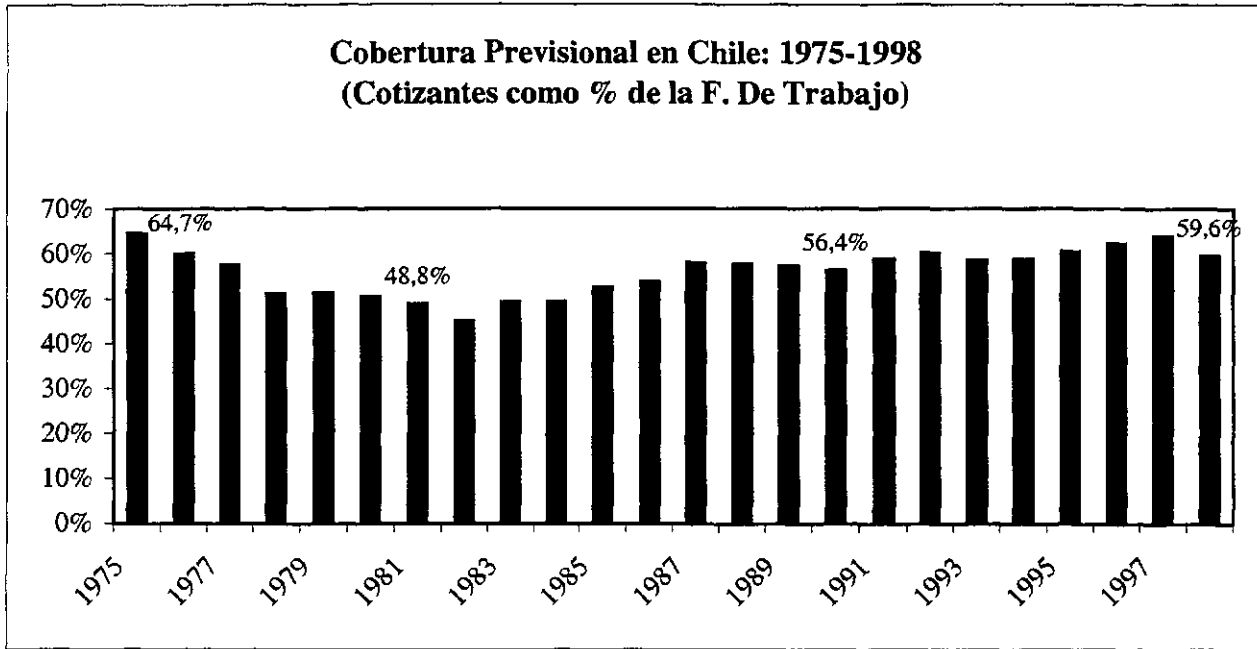


GRÁFICO 2

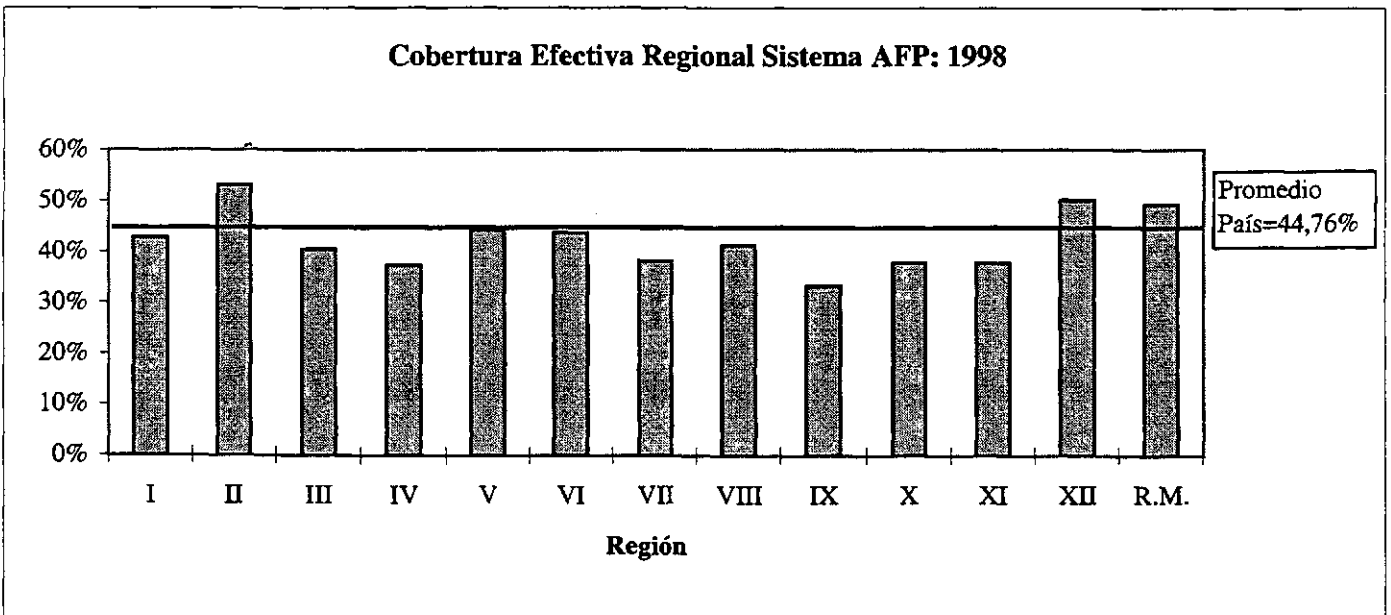


Gráfico 3

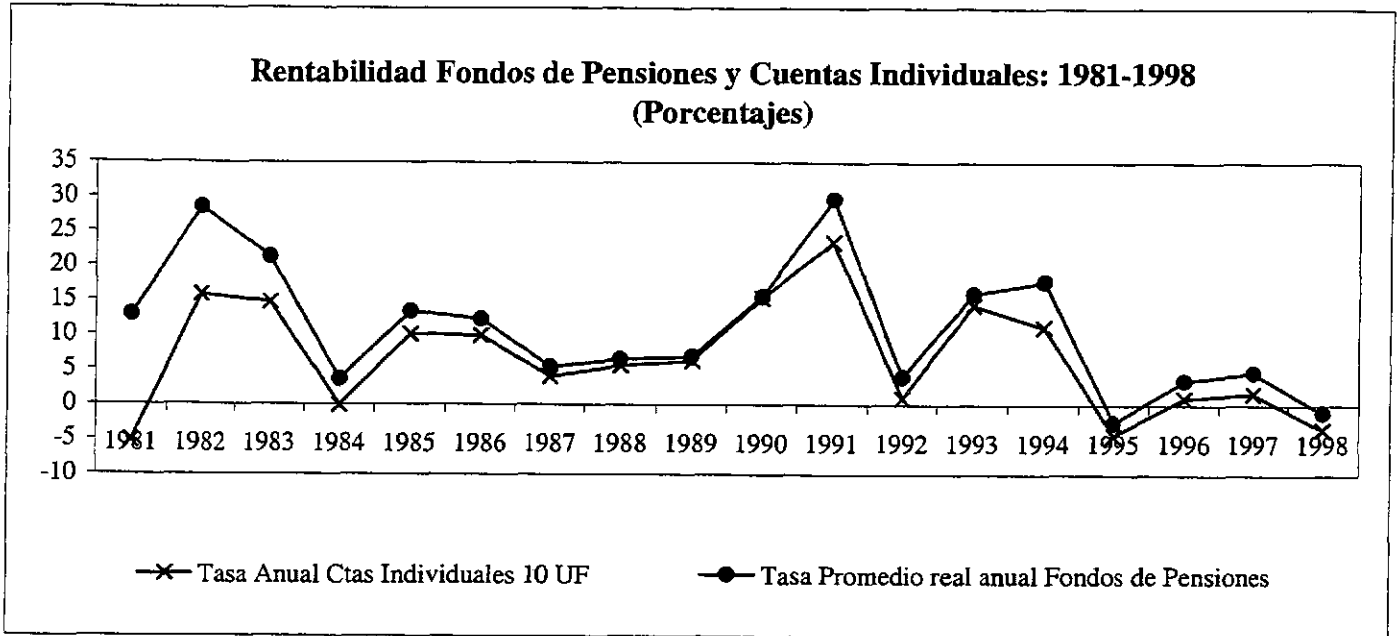


Gráfico 4

